السل مرض مكتسب ووراثى :

أولا : ينتقل مكروبه الظاهر - غالبا - بالبصاق من العليل الى السليم .

ثانيا : ينتقل «فيروسه» الخفى - المرتشح من الحامل، المصابة به، الى جنينها .

والمكتسب منه ، أكثر انتشاراً وأشد وطأة من الوراثى .

الفصل الاول

بحث عام

مكروب السل : حياته ـ مقاومته .

دوره الظاهر : انتشاره .

دوره الخفى : انتقاله الى الجنين .

اختلافه فى الشعوب .

فى كل مجتمع ـ وعلى الخصوص مجتمع السيدات ـ يجرى على الالسن ذكر الأقرباء والأصدقاء والسؤال عن صحتهم وعمن تزوج منهم. أو طلق أو رزق غلاما . أو فارق الحياة . فاذا قيل فلان طريح الفراش من زمن طويل ، يشكو الهزال والسعال ، ردّد الحاضرون هذه الكلمة : « مسكين ! انه لن يعيش كثيراً انه مصاب بالسل » .

ليس أدل على الجهل من هذا الوهم . انه قول هراء . وظن خاطىء . ان ابعد شيء عن الصواب اعتقاد السواد الأعظم من الناس أن السعال هو الدليل الوحيد على الاصابة بالسل . ما كل من يشكو السعال مصاب بالسل وليس كل مصاب بالسل يشكو السعال . لأن السل الرئوى (السحاف) مرض قائم بذاته ، يختلف عن الأمراض الصدرية الأخرى المصحوبة مثله بالسعال .

ومع أن هذا المرض قديم فى تاريخ البشر ، وقد وصفه لنا أبوقراط الطبيب اليونانى الشهير، الا أن الالمام به لم يبلغ شأواً مذكوراً قبل القرن السابع عشر،

ومعرفتنا العلمية الصحيحة لم تبدأ الا فى أواخر القرن التاسع عشر، أى سنة ١٨٨٢، حيثما اكتشف مكروب المرض العالم الألمانى الدكتور روبرت كوخ فى برلين(١) فوضع لنا حجر الأساس لهذا العلم الجديد. وبواسطة بحوثه القيمة فى أسباب التدرن، فتح لنا بابا جديدا للدرس والتنقيب.

فمعرفتنا لحقيقة هذا المرض لم تبدأ اذن الا منذ خمسين عاما تقريبا. ولذلك فاننا نرى العلماء لا يزالون فى حاجة الى مواصلة البحث وتوسيع نطاق معرفتهم، لوقاية الاصحاء وشفاء المصابين.

ينجم مرض السل عن جرثومة نباتية تشبه الأنبوبة، تظهر، على شريحة المجهر(٢) بعد تلوينها، ساكنة، منحنية الشكل قليلا، نراها منفردة أو مزدوجة أو جماعات كثيرة. طول الواحدة يتفاوت بين جزئين وأربعة فى الألف من المليمتر. وعرضها بين عشرين وخمسة أعشار من جزء واحد فى الألف من أجزاء المليمتر.



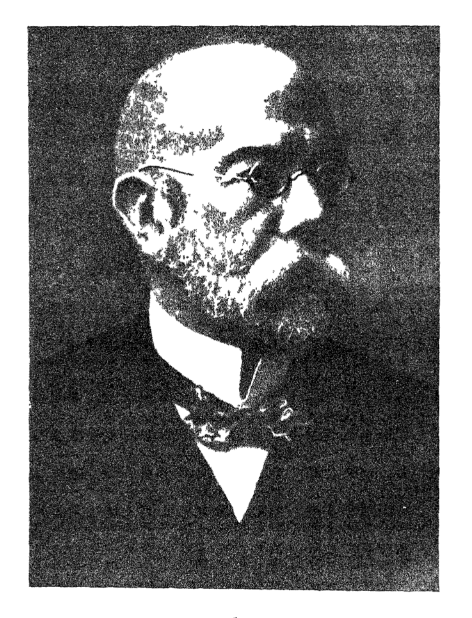
باشلس كوخ، كما يظهر تحت المجهر، ضمن جزء صغير من غدة حاورسية.

سميت هذه الجرثومة (أو المكروب): «باشلس كوخ» نسبة الى المكتشف، ويمكنها، بدون غذاء أن تعيش فى الظلام أو فى البصاق الجاف من تسعة الى

---

(١) Robert Koch. Berlin.

(٢) Microscope



كوخ

عشرة أشهر. ولكنها تموت اذا عرّضت ثلاثة أيام لحرارة الشمس . وتموت في الماء المغلي أو البخار ، بعد دقيقة واحدة ، في حرارة درجتها ٨٥ سانتيغراد . وبعد دقيقتين ، في حرارة ٧٨ . وبعد ثلاث دقائق ، في حرارة ٧٣ وبعد خمس دقائق ، في حرارة ٧٠ . وبعد ١٥ دقيقة ، في حرارة ٦٥ . وتموت بعد ساعتين ، اذا وضعت في محلول السليماني بنسبة ٥ في المئة . وبعد ٢٢ ساعة ، في محلول حامض الفينيك بنسبة ٥ في المئة .

قد يتراءى لغير الأطباء أو الصيادلة أو مساعديهم أن هذه التفاصيل لا شأن لها، ولكن حين يقفون حيارى أمام مصادر العدوى من أمتعة وأواني ملوثة بالمكروب ، أو لبن في حاجة الى التعقيم ، يدركون ما لهذه التفاصيل من شأن وخطورة .

في عام ١٩١٠ ، أي بعد ثلاثين عاما تقريبا من تاريخ اكتشاف باشلس كوخ ، اكتشف الاستاذ فونتس البرازيلي (١) سمومه المرتشحة وأيده جمهرة من العلماء (٢) في استنتاجه أن لحياة هذا المكروب دورين : الظاهر ، والخفي .

ففي دوره الظاهر تراه بالمجهر كما سبق وصفه - أو كحبيبات « موك » — . ولا تراه في دوره الخفي . ولا تستطيع عزله بالترشيح عن السائل الذي يكون فيه . ولكن ، احقن بهذا السائل حيوانا سليما ، تر ، بعد حين ، اعراض التدرن فيه بصورة خفيفة .

دوره الظاهر :

نسميه بحسب تاريخه . «دور كوخ» . اذا ظهر في الرئة ، وجب عزل المريض

---

(١) A.Fontès (Brazil) لا يزال الاستاذ فونتس عائشا . وهو الآن مدير معهد اوزوالدو - كروز في ريو - دى - جانيرو . Institute Oswaldo-Cruz; Rio-de-Janeiro

(٢) انظر آخر صفحة ١٦ .

فى أماكن بعيدة عن الناس ومساكنهم .

فاذا سأل سائل : « هل رئات البشر هي الأعضاء الوحيدة التي يأوي اليها هذا المكروب ويفتك بها ؟ » أجبنا لا فانه يصيب معظم أعضاء الجسد وأحزائه : كالجلد والعظام والأغشية السحائية والغدد والأمعاء والكبد والبنقراس والكلى والطحال والقلب والأعضاء التناسلية والمجارى البولية وما اليها ، ويحدث فيها تدرنا . ولذلك سمي : « مرض التدرن » . ويكاد لا ينجو حيوان من شره . فأننا نجد التدرن فى الكلاب والقطط والخنازير والدجاج والأسماك والسلاحف والثعابين والبقر وغيرها .

وهنا البلاء . فالانسان يشكو الى طبيبه فيصف له الدواء ، ويتخذ الاحتياطات اللازمة لمنع تسرب العدوى الى من حوله ، ولكن الحيوان ، كالهر والكلب ، لا يعلم ما به ولا ينتبه الى حاله أحد من أهل البيت ، حتى يستفحل الداء وأوضح اعراضه السعال(١) . فيكون قد نشر العدوى مدة طويلة بالنوم على السرير ولحس الأيدى والخدود والشفاه .

أسوق هذا الى المغرمين بالقطط والكلاب تنبيها لهم الى الخطر المحدق بهم .

أما الخطر الناتج من أكل لحوم البقر وغيرها من الحيوانات المدرنة فغنى عن الايضاح . ويجب الانتباه الى تعقيم هذه اللحوم . وهذا فى الواقع ما نفعله بغليها عند طبخها .

أما المكروب فى اللبن فموضوع يجب البحث فيه على حدة لأنه على جانب عظيم من الخطورة . فأننا نشرب اللبن ونتخذه غذاء أولياً لأطفالنا ونأكل ما يستخرج منه كالزبدة والجبن وغيرها . فماذا يحل بنا وبأولادنا اذا كان هذا الغذاء ملوثاً بجراثيم الدرن ؟ هنا تتجسم خطورة المهمة التى تأخذها على عاتقها

(١) الحيوان المصاب بتدرن الرئة يسعل ولكنه لا يعرف التف أو البصق . وهو فى ذلك كالطفل .



فونتس

مصلحة الصحة العامة من فحص الحيوانات ولحومها وألبانها ومراقبة الحوانيت التى تباع فيها للجمهور .

أما كيف ينتقل المكروب من العليل الى السليم ، فموضوع جدير باهتمامنا ، لأنه أكثر أنواع العدوى شيوعا . ولانتقاله واسطتان :

تنتقل العدوى بالبصاق السائل ، الذى يحمل باشلس كوخ أو مكروب السل . يقذفه العليل بالسعال رشاشا لا تراه العين فيستنشقه السليم اذا كان على مقربة منه . لذلك ينبغى أن نظل بعيدين عن المصاب ، مسافة متر على الأقل ، اذا أردنا التحدث اليه .

ينتقل بالبصاق الجاف يثيره الهواء العاصف والكناسون فى الشوارع فيتطاير الى انوف المارة والجالسين فى المقاهى .

وتسرى باللمس عند استعمال أثاث أو ثياب أو أدوات كأدوات الطعام والشراب مثلا التى تكون قد تلوثت بالمكروب ولم تعقم . وباللمس والاحتكاك ، مباشرة ، من الجلد المتدرن .

لقد ألفنا فى الشرق رؤية الناس يبصقون يمينا ويسارا فى الشوارع والطرقات وعلى الأرصفة وفى داخل الأبنية والترمواي بلا وازع ولا رادع . على أن هذا يجب أن يمنع منعا باتا ويجازى عليه فاعله ، اذا أردنا أن نراعى شروط الصحة العامة ، كما تقضى المدنية الصحيحة .

نعم للمصريين مثلا بعض العذر فى هذه العادة الذميمة . وهو كثرة الغبار المتجمع فى جو بلادهم ، يعلق بحيازيمهم وانوفهم وحلوقهم فيسبب العطاس والسعال والبصاق . وليت الناس فى هذه الحال يتعودون استعمال المناديل .

قف فى محطة القاهرة عند قيام القطار ، ولاحظ كيف يلوح المودعون

بالمناديل المستعملة والجماهير تحيط بهم، ترى بالخيال المجهرى ، المكروبات المختلفة - وربما مكروبات السل - تتناثر وتتطاير ذات اليمين وذات الشمال فتتلقفها الأنوف والأفواه وأصحابها فى غفلة عما يتسرب الى اجسامهم من جواسيس الداء وعماله السريين !

دوره الخفى :

ما اسميه باسم مكتشفه : « دورفوتنس » - أو « فيروس السل الراشح » (١) أومكروب "السل غير المنظور. الذى لا يرى بالمجهر ولا يمكن فصله بواسطة الجهاز الترشيحى عن السائل الذى هو فيه . يسري مع الدم الى جميع أجزاء الجسم ويستقر فى بعض أ زائه ويصل بالدورة الدموية المشيمية(٢) الى الجنين ، فى بطن أمه ، ينشىء فيه الاستعداد للداء - وأحيانا الداء نفسه - قبل الولادة .

يعود الفضل الأول ، فى التثبت من انتقال العدوى للجنين البشرى ، الى مراقبات الطبيبين الفرنسيين ارلوان ودوفور(٣) . ذلك فى ٢٦ مارس ١٩٢٦. وقد أصبحت هذه المعرفة ثابتة ولو تشعبت الآراء فى فروعها بين المشتغلين بهذا الفن فالاستاذ كالمت يقول : أن هذا « الفيروس » الراشح أقل تخريبا من «الباشلس» المجسم. أى أن المكروب، فى دوره الخفى، أضعف منه فى دوره الظاهر. ولدينا من تجارب نطس الأطباء ، أرباب الفن، ما يثبت انتقال العدوى الى الجنين اذا كانت الأم مصابة بالسل الرئوي اصابة ظاهرة حادة(٤) . وهكذا نكشف

(١) Virus-Filtrant (٢) الدورة الدموية فى الخلاص . (٣) Arloing and Dufourt

(٤) France : Fontès (Brazil), Calmette, Valtis (Greece) Sergent, Malartre, Arloing, Dufourt, Couvelaire, Nègre, Boquet, etc.

Italy : V. de Bonis, J. Nasso, Angelo Migliavacca, Lino Urizio, Augusto Musso, Guiseppe Vascellari, etc.

Germany: Lydia Rabinovitch - Kempner (Berlin), etc.

Belgium : J. Van Beneden; by Frof. Malvoz (Liègę) .

الستار عن بعض الأسباب الغامضة ، المؤدية الى موت الأجنّة فى بطون الامهات والرضع بعد الولادة بقليل .

ولكن العدوى لا تصل الى الجنين من أمه المصابة الا اذا دخل « الفيروس » الدورة الدموية المشيمية . فأن لم يفعل ، ولد الطفل سليما من الداء .

وما داء الخنازير ، الذى نراه فى الصغار العجاف المهازيل ، سوى نتيجة هذا « السم » الوارثى فى أكثر الأحايين .

على أن العدوى لا تسرى على الاطلاق من منىّ الذكر الى بيضة الأنثى عند الاخصاب . فلا تصل « سموم » السل الى الجنين من أب مصاب اذا كانت أمه سليمة . وبهذا يختلف التدرن عن الزهرى .

وقبل الفراغ من هذا البحث لا بد من الاشارة الى انتقال المكروب من دوره الخفى الى دوره الظاهر : أعنى ، تحول « فيروس فونتس الراشح » الى « باشلس كوخ المجسم » وهذا ما أثبته العلماء بتجاربهم العديدة فى خنزير غينيا (١) ذلك الحيوان الصغير النافع فى المختبرات (٢) الذى يضحى فى سبيل الانسان .

فأننا اذا حقنَّا هذا الحيوان ، لأول مرة ، بسائل مرشح ، يحتوى على خلاصة أنسجة مصابة ، تورّمت غدده الأربية اللمفاوية . ثم اذا أخذنا بعد ذلك خلاصة طحاله وحقنا بها خنزيرا سليما وجدنا ، بعد أسبوع ، تورما فى غدده الأربية مع حبيبات موك (٣) التي هى الحد الفاصل بين الدور الخفى والظاهر للمكروب أو بين السموم الراشحة الخفية والباشلس المجسم . ثم بعد شهرين أو ثلاثة ، نجد ، فى غدده ورئتيه ، المكروب ، فى دوره الظاهر ، أى باشلس كوخ نفسه .

وقد قام بهذه التجارب علماء كثيرون منهم بورغى الايطالى وبزانسون

---

(١) Guinea pig (٢) Laboratories. (٣) Moch's Granules

الفرنسي وساناريللي واليسندريني . فكانت النتيجة كما ذكرت مما لا يدع مجالا المريب .

الخلاصة : أن السل أو التدرن ينتقل كثيرا بالعدى «المكتسبة» وقليلا بالعدوى «الوارثية» . ولا يزال العلماء يوسعون الموضوع بحثا . ويشبعونه درسا . ولنا منهم تحت شمس كل يوم جديد :

التدرن فى الشعوب : تختلف حالات التدرن باختلاف حالات البشر . فالاوروبيون ولا سيما أبناء الشمال ، الذين رافقهم مكروب السل بكثرة منذ آلاف السنين، قد اكتسبوا ،طباقا لناموس بقاء الأصلح ، مناعة عظيمة ضد التدرن . أما شعوب الأقاليم، الجنوبية الذين عرفوا هذا المرض منذ عهد قريب بالنسبة اليهم، فأنهم أكثر تعرضا لشديد بطشه ووخيم عواقبه .

قد دل الاحصاء أن الوفيات بين الهنود والحر ، حول مضيق ما جلان ، تحدث بعد ستة أسابيع من ظهور المرض . وأن المرض يأتى حاداً فى أواسط بلادالعرب ، ولكنه على سواحلها وفى المدن المتصلة بالأوروبيين ، ينهج منهجا معتدلا . وفى الأميركيين السود والمولدين ، تبلغ الوفيات ثلاثة أضعاف ما هى عليه بين الأميركين البيض .

واخيراً هل يمكن للمكروب أن يعيش بحالة سابية فى جسم الأنسان ؟

أجل يعيش كامنا ما دامت للجسم مناعه توقفه عن الفتك . فاذا فقدت المناعة أو ضعفت فى حالة نسميها : «فقد الصحة الجيدة» ظهر فعل المكروب بمظاهره المختلفة.

وللاستاذ لايل كمنز(١) فى كارديف - بانكلترا ، رأي فى هذا الموضوع فيقول : « ان لا خوف على جسم الانسان من المكروب ، بشكله الظاهر

---

(١) S. L. Cummins -(Welsh National School of Medicine)- Cardiff.

الـكامل ، لو بقى هادئاً ساكنا . اما اذا ابتدأ الباشلس ـ لسبب ما ـ ان يتطور ، اى انه اذا اصـــبح عامـلا ، تغير هيكله وافرز سموماً كانت نتيجتها وبالا على الانسجة الموضعية ومناعة الجسم العمومية . »

الفصل الثــانى

العدوى والسن .

لقد درسنا ، فى الفصل الاول ، حياة الميكروب ومناعته وانتشاره وانتقاله من العليل الى السليم واختلافه فى الشعوب وفى هذا الفصل ، أريد أن أبين للقراء كيف أن عدوى التدرن تختلف ، فى الفرد ، باختلاف السن . ولكى اوضح هذا أقسم حالات التدرن الى ثلاثة أنواع :(١)

أولا : الصاعق

ثانيـا : الكامن الفعّال

ثالثـا : الكامن غير الفعّال

ماذا نعنى بالتدرّن الصاعق ؟

نعنى به الاصابات القـــاسية التى لا تنحصر، فى عضو واحد ، بل تتعداه ، بواسطة الدورة اللمفاوية أوالدموية ، الى كل جزء من الجسم . وتكتسح أمامها كل مقاومة، طبيعية عامة كانت أو موضعية، فتنهك الجسم وتقترن بحمى مستديمة بطيئة ، نسميها « حمى الدق »(٢) وسعال مع بصاق يحتوى على باشلس كوخ . وهكذا يجتاز المرض شوطا حادا الى ان ينتهى سريعا بالموت .

وهذه الاصابات هى نتيجة عدوى قوية، حديثة، فى أجسام حساسة، لم تتلوث بالباشلس بعد أو بسمومه غير المنظورة ولم نلقح بالب. س. ج. لتكتسب مناعة

(١) انظر، فى الفصل الثالث والثلاثين، كيفية تقسيم الاستاذ ايمان للاصابات من الوجهة العلاجية.

(٢) حمى الدق تهبط بعد أن يعرق المريض، ثم تعود بعد بضع ساعات وتحتفظ بدرجتها العالية ثانية – ثم تعود الى الهبوط، بعد العرق، ثم الى الارتفاع الخ . تقول العامة : « دقته البردية »

نسبية . نجدها غالبا فى الأطفال اللذين يصابون بشدة وفى الفتيـان والفتيات عندالبلوغ . يرى القارىء ، فيما يلى،تعداداً لاصابات السل فى مائتين واثنىعشر ولدا ، بين الرابعة من العمر والخامسة عشرة ، وكيف أن عدد الاصابات والوفيات يزيد كثيرا عند سن المراهقة :

١٠٩ ذكور	معدى		غير معدى		توفى		عولج بادخال الهواء فى تجويف البلور
٧٦ دون السنة ١٣	٢١	./.٢٧	٥٥	./.٧٣	٦	./.٨	٥
٣٣ فوق « «	٢٤	./.٧٣	٩	./.٢٧	١١	./.٣٣	٢٣
١٠٣ اناث							
٤٩ دون العشر سنوات	١٤	./.٢٨	٣٥	./.٧٢	٦	./.١٢	٥
٥٤ فوق « «	٤٠	./.٧٤	١٤	./.٢٦	١٦	./.٢٩	١٧

ماذا نعنى بالتدرن الـكامن الفعال ؟

نعنى العدوى التى تبتدىء على نحو ما تقدم،ولـكن ، بدلا من أن تقطع شوطا حادا فى جميع أجزاء الجسم ، يكمن المـكروب فى جزء منه محتفظا بمقدرته السامة المخربة. فهوأشبه بجمرة ملتهبة يغطيها الرماد . والاصابة ،كالنارالـكامنة ، فأما أن تبقى كذلك ، مدة طويلة، ثم يتغلب المصاب عليها فينحدر بهـا الى الحالة الاخيرة ، أى التدرن الـكامن غير الفعال ويصبح صحيحا فى بدنه صحة نسبية ، أو يعود المرض الى الظهور بالحمى والعرق والسعال والتف الايجابى والهزال حتى يدرك المريض الموت .

لا حاجة للتنبيه أنه فى الحالتين السابقتين تنتقل العدوى بسرعة. فيجب اذن الاسراع والمبادرة الى ابعاد المصابين عن الاصحاء .

ماذا نعنى بالتدرن الـكامن غير الفعال ؟

نعنى به أن مكروب السل الذي ، لم يدخل الدورة الدموية أو اللمفاوية بل اختبأ فى جزء من الجسم ، قد فقد قوته وطبيعته السامة أمام قوة الدفاع وتحول الى ضيف أليف ألم بالجسم محتشما مسالما ولهذا النوع حالتان :

أولا : حالة خفيفة سببت مقاومة انتهت بانتصار الجسم على باشلس كوخ .

ثانيا : حالة كامنة كانت فعالة ، ثم ضعف فيها المكروب، أما، لانه فقد مزيه السامة وإما، لانه سجن موضعيا، ضمن غلاف ندبى، كما شرحت سابقا .

لا يسبب الباشلس ، فى الحالات الكامنة غير الفعالة ، حرارة او عرقا ولا يظهر هو نفسه فى البصاق . وتطول مدة الحالات الـكامنة الفعالة وغير الفعالة أكثر من الحوادث الخاطفة. واذا تتبعنا احصاء الاستاذ الالمانى الدكتور نيجلى، الذى درس مئة حادثة من كل دور من هذه الادوار المرضية الثلاث ، وجدنا النتيجة الآتية :

التـــدرن

السن	حالات خاطفة	حالات كامنة فعاله	حالات كامنه غير فعاله	المجموع
١	١٧	٠	٠	١٧
٥ - ٩ سنين	٢٥	٨	٠	٣٣
٩ - ١٩ سنة	١٥	١٥	٨	٣٨
١٨ - ٣٠ «	٣٥	٣٦	٢٤	٩٥
٣٠ - ٤٠ «	٢٧	٢٨	٣٩	٩٤
٤٠ - ٥٠ «	٢٢	٢٣	٥٥	١٠٠
٥٠ - ٦٠ «	٢٠	١٨	٦٢	١٠٠
٦٠ - ٧٠ «	٩	٢٥	٦٦	١٠٠
٧٠ سنة	٠	٢٣	٧٧	١٠٠



فالتس



اباظه

وتعتبر هذه الاحصاآت الجدول الرسمي له لتكرار اصابات التدرن عند الشعب الألماني. ويقال أنه يمكننا اعتبارها معدلا صحيحا للاصابات في القارة الأوروبية كلها.

تمكن الأستاذ الألماني « شورمن » (١) من اثبات الحقيقة الآتية وهي: أن ٥٨ في المئة، من الوفيات، دون الثامنة عشرة من العمر و٩٢ في المئة من الوفيات، فوق الثامنة عشرة، كانت كلها ملوثة باعراض أحد أدوار السل(١).

أما اذا تكلمنا عن البلاد المصرية، التي، تكاد تبدأ باتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع تفشي هذا المرض فيها - كانشاء مستوصفات مجانية عديدة للامراض الصدرية ومصحات، تحتوي على عدد كاف من الاسرة، لاستقبال المصابين واعداد جيش من الممرضات الزائرات لعيادة المرضى في بيوتهم وتقديم التقارير عنهم - نجد أن الاحصاآت المصرية، لمعرفة سير هذا المرض بين السكان، أصبحت من سنة الى أخرى يعول عليها. وكلما زاد انشاء مكاتب للصحة العمومية، في أنحاء هذا القطر وفي البلاد العربية المجاورة، زادت معرفتنا عن تفشي المرض ومقدار انتشاره في الشرق الأدنى.

كثيرا ما يهمل الأطباء تبليغ مكتب الصحة العمومية عن حالات كهذه وكثيرا ما يصغي طبيب العائلة الخاص الى توسلات الأهل والأقرباء، فلا يبوح بسر الاصابة، لذلك تبقى بيانات الاصابات، التي بموجبها نحكم على الحالة الصحية العمومية، أقل من العدد الحقيقي فلا تظهر لنا حقيقة تفشي مرض التدرن عموما في القطر المصري وفي الشرق الأدنى.

---

(١) قابله بتقرير الدكتور محمود بك ماطه، للقطر المصري، في آخر هذا الفصل.

الفصل الثالث

العدوى وطرق مقاومتها

ختمت الفصل السابق بقولى أنه، ما دامت صحتنا جيدة، فأن جراثيم السل تكمن فى الجسم، هادئة، مستكنة. فما هو المقصود من الصحة الجيدة؟ وما هو تعريفها؟ هل يقصد بها بجموع العمل المنتظم لجميع أعضائنا، بحيث تؤدى وظائفها من اجراء افرازات داخلية واخراج المواد الفضولية، مرتبطة بعضها ببعض كأجزاء ساعة دقيقة؟ أم أن هنالك عنصرا مستقلا فى أجسامنا يقوم بمقاومة العدوى ومحاربتها؟ أعتقد أن هناك وسيلتين للمقاومة يستطيع جهازنا أن يحمى نفسه بهما من عدوى السل:

الاولى: المقاومة بواسطة بنية الجسم العمومية، التى تمكن الاعضاء فى القيام بوظائفها.

الثانية: المقاومة بواسطة التفاعل والتأثير الموضعى.

أما الطريقة الاولى، المتعلقة بقيام الاعضاء بوظائفها قياما عاما صحيحا، فتمكن بجموع جسدنا أن يتوسل بها الى وقاية نفسه من المكروب المداهم بواسطة افرازات فى الدم مضادة للسم الذي يفرزه المكروب نفسه. وقد دعا الاقدمون هذه المادة «ترياقا». والعصريون «مادة مضادة»(١) لانها تكسب الجسم مناعة. فاذا فشل الدفاع الاول وعجزت الاعضاء، بمساعدة الافرازات المضادة، عن وقاية الجسم من فتك المكروب، ظهرت فى الانسجة، التى دخلها المكروب، حالة رجعية اسميها خط الدفاع الثانى وهو دفاع موضعى محض.

---

(١) Antibodies



فير شو



يحدث باشلس التدرن التهابا موضعيا تتكون حواليه مادة متجبنة ، تصبح ، فيما بعد ، كلسية جافة وتحيط بها أنسجة ندبية(١) تسجن المكروب ضمن غلافها، فتعرقل حركته وسيره وتقف عمل سمه الفعـال فى الجسم . وهذه الكتلة الكلسية ، التى تحبس فى داخلها باشلس التدرن ولا يزيد حجمها عن حبة العدس أو الذرة العويجة ، تدعى العقدة الدرنية الجاورسية(٢) والفضل فى معرفتها للاستاذ الالمانى فيرشو (٣) الذى لا يزال تمثاله قائما أمام مدخل مستشفيات « الشاريتة » فى برلين وهذا الاستاذ كان أول من وصف هذه العقدة وأثبت وجود المكروب فيها (٤) .

لا بد اذن ، لكبح جماح المرض ، من قيام الاعضاء بوظائفها قياما نشيطا عاما سميناه « الدفاع الاول » فاذا فشل هذا الدفاع العام أمام العدو ، رجعنا الى خط « الدفاع الثانى » حيث تقوم حركة تطويق الباشلس المتكاثر واكتنافه وحصره والضغط عليه فى أجزاء باثولوجية صغيرة . من النسيج الرئوى ، تسمى العقدة الدرنية الجاورسية كما ذكرنا آنفا .

رب سائل يقول : هل وفق الباحثون المنقبون الى استنباط وسيلة ، نستطيع بها ، أن نعزز فى أجسامنا المقاومة على نوعيها المشار اليهما ، أو الى ايجاد علاج يمنع استفحال باشلس التدرن ؟ فنجيبه :

١ً . فيما يتعلق « بالدفاع الاول » ـ وهو المقـاومة بواسطة البنية الطبيعيـة العمومية ـ : أن المرحوم الاستاذ كالمت ابتكر ، بمعاونة الاستاذ جيران ، لقاح ب س . ج .(٥) واتخذه سلاحا ماضيا ، يهيء به ، للاطفال ، حياة يتمكنون فيها من مواجهة عدوى التدرن مواجهة قليلة الخطر . أي أن لقاح ب . س . ج .

---

(١) Cicatricial (٢) عن ابن سينا . Miliary Tubercle (٣) Rudolph Virchow

(٤) انظر صفحة ١٢ من الفصل الاول . (٥) B.C G

يحدث فى الطفل مناعة نسبية ضد مكروب السل. ولكننا مازلنا فى حاجة الى مدة طويلة، لنتمكن من جمع الاحصاآت والاسانيد، قبل أن نسلم نهائيا بفائدة هذا اللقاح.

وتستحضر مادة ب . س . ج . ، أى لقاح كالمت ـ جيران ، من استنبات باشلس كوخ . وتجرع للاطفال الرضع ، الذين لا تتجاوز أعمارهم عشرة أيام ، فيمتصها غشاء المعدة المخاطى وينقلها الى الدورة اللمفاوية والجهاز الغدى . ويشترط فى هذه المادة أن تكون حديثة التحضير . أما السبب فى تجريعهم اياها ، قبل اليوم العاشر، فيرجع الى أن العصير الهضمى، الذى يفسدها، لا تبدأ معدة الطفل بفرزه قبل ذلك اليوم . فاذا تجاوز الطفل اليوم العاشر، من العمر، أعطى هذه المادة حقنا تحت الجلد .

لا يعطى لقاح ب . س . ج . الا بعد أن تكون قد ظهرت النتيجة السلبية لامتحان التوبركلين(١). أى أن نكون تبينا أن الجسم لا يزال خاليا من مكروب التدرن . وهكذا نزرع هذا المكروب ، بكميات صغيرة معينة ، فى تربة بكر خالية منه ونحدث فيه تفاعلا ومناعة ضد هجوم الباشلس فى المستقبل. ولكننا، بالرغم من ذلك ، لا نزال نحتاج الى دروس ومقارنات ، مدة سنين طويلة ، للتثبت من فائدة هذا اللقاح . فقد ذكر لنا الطبيبان الشهيران اشباخ ورافينا أن بعض الاطفال ، الذين ولدوا من والدين سليمين ولقحوا عند الولادة بمستحضر كالمت ـ جيران ، ماتوا بعد أن ظهرت فيهم اصابة جاورسية عمومية بين الشهر الثامن عشر والثانى والعشرين من عمرهم .

تنبئنا اللجنة الدائمة للصحة العامة الدولية ، فى جنيف ، أنه حدث فى ولاية

---

(١) الخبرة بالتوبركلين هى ادخال ، من محلول ، يحتوى على سموم المكروب البشرى ، بعد ان يقتل بالتعقيم ويرشح ، جزء صغير تحت الجلد أو بين طبقتى الجلد . فاذا كان الفرد قد أصيب سابقا ، بدخول باشلس كوخ الى جسمه ، حدث تفاعل واحمرار والتهاب موضعى .

نوربوتن، من أعمال أسوج ، أن استعملوا لقاح كالمت ـ جيران، بين سنة ١٩٢٧ و ١٩٣٢، فى ٧٧٦٥ مولودا جديدا، أى فى ٢٦ر٥ فى المئة من مجموع المواليد، فكانت النتيجة أن بلغت الوفيات، لغاية ٣١ ديسمبر سنة ١٩٣٣، ١ر٤ فى المئة، من الذين لقحوا و ٨ر٨ فى المئة ، من الذين لم يلقحوا . وقد استنتج ، من هذه التجربة ، أن هذا اللقاح يكسب الاطفال حصانة نسبية أكيدة ضد التدرن .

وللفصل فى هذا الموضوع ورسم خطة نتبعها ، فى اختيار الاطفال لتلقيحهم بلقاح ب. س. ج . ، أقول: يجب تلقيح الطفل الذى يعيش فى بيئة ملوثة موبوءة أو الذى أصيب أبوه بمرض التدرن . وفيما خلا ذلك الافضل أن لا نستعمل اللقاح . أما الطفل ، الذى أصيبت أمه بالتدرن الشديد ، فلا يلقح وخير له أن يعزل بحسب طريقة جرانشه(١) . أما اذا كان التدرن فى الام، خفيفا، عاد أمر اللقاح الى حكمة الطبيب الاخصائى .

وبهذة المناسبة أذكر حادثة جرت فى مقاطعة لوبك ، فى المانيا ، وكيف أن بعض الاطباء الالمان أخلوا بشروط تحضير كالمت ـ جيران ، فأدى عملهم هذا الى هلاك مئات الاطفال . وبعد البحث عن السبب وجد أن الجرعات ، التى أعطيت للاطفال ، كانت قوية .

زرت فى ١٩٣٣ « عيادة الاطفال فى جامعة كولونيا » على نهر الرين وقد عهد بادارتها الى الاستاذ كلاينشميت (٢) الذى كان عضوا ، فى لجنة المحلفين فى حادثة لوبك المذكورة ، فرافقنى مدة ساعتين الى أقسام هذا المستشفى، المستقلة بعضها عن بعض والمحاطة بالاشجار والازهار وأرانى العمل الذى يقوم به هناك، فوجدته يعالج ، بمحلول التوبركلين ، الاطفال المصابين بالتدرن الرئوي

---

(١) ارسال الطفل الى مكان صحى ، طلق الهواء ، ينشأ بين اناس غير مصابين بالتدرن .

(٢) H Kleinschmidt. Koln. a. Rhein

الشديد والذين لا يمكن علاجهم بادخال الهواء فى تجويف البلورا والضغط على رئاتهم(١) فكان يعطى هؤلاء الاطفال التوبركلين مخففا: أى كل جزء منه فى مليون جزء من الماء . ولكنه لم يتمكن من موافاتى بأي بيان مشجع عن نتيجة ابحاثه فى هذا الشأن .

وقد وجدته يخالف طريقة كالمت الفرنسى ، مخالفة لم تسبب وفيات . وقال أن طريقته(أى طريقة كلاينشميت) تؤدى الى تحسين حالة الاطفال الداعية الى اليأس .

٢ً أما « الدفاع الثانى » فهو المقاومة الموضعية :

أن معرفتنا بتركيب التعقد الدرنى ، الذى يمنع انتشار المكروب ويحصره موضعيا ، وادراكنا ـ كيف أن التكلس يلعب دورا فى تكوينه . وكيف أن المادة الكلسية تقل فى العظم المسلول . وفائدة محلول الكلس فى الالتهابات الرئوية ـ كل ذلك يجعلنا نميل الى استعمال مستحضرات الكلس فى أكثر الحوادث .

أصبحنا نعتقد الآن أن استعمال محلول الكلس ـ خصوصا اذا حقن فى الاوردة ـ مع أخذ الفيتامين « د » ، حقنا أو بالفم ، هو علاج لا بأس به لتعزيز المقاومة الموضعية فى حالات الالتهابات الرئوية غير المعينة(٢) وفى الحالات السابقة للتدرن أيضا ، كفقر الدم الشديد وداء الخنازير وتورم غدد العنق أو المنصف الصدرى(٣)، خصوصا عند الاطفال ، كما نراها بواسطة أشعة اكس .

---

(١) اتفق الاستاذ ارمان دليل في باريس والاستاذ كلاينشميت في كولونيا على حقن الهواء فى تجويف البلورا فى الاطفال قبل تجاوزهم السنة الاولى من العمر. وخالفهم المرحوم الاستاذ ليون برنارد، الذى قال أنه لا يستحسن فتح الصدر قبل أن يبلغ الطفل السنة الثامنة من عمره. اما انا فأرى الحق بجانب دليل وكلاينشميت .

(٢) التى يسببها مكروبات اخرى خلاف باشلس كوخ . (٣) Mediastinum



کالمت

ومما يساعد الفيتامين « د » ، على تثبيت الكلس فى الجسم مستحضرات فيتامين أخرى والهواء الطلق: فالفيتامين « س » ينشط المقاومة ويقلل البصاق ويخفض الحرارة . والفيتامين « ب ا » يخفف التهاب الاعصاب ويزيد الشهية والهواء الطلق يساعد الخلايا على التجدد .

أما محلول الذهب الذى نستعملة حقنا ، تحت الجلد ، أو فى الوريد، لتقوية « الدفاع الموضعى » ، فيجب استعماله مع التحفظ ، اذ قد يحدث التهابا فى الكلى . ولكن يكثر نفعه اذا استعمل فى بدء التورم أو الاحتقان الدرنى الخفيف فى الرئة وفى الالتهابات الرئوية ، القديمة ، التى يكون قد بدأ التليف فيها . وسيجىء ذكر هذا فى فصول العلاج المقبلة .

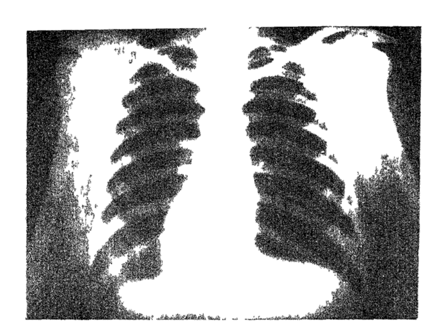
يقول أحد أعضاء الجمعية الطبية لامراض الاطفال ، فى بوردو بفرنسا ، أنه استعمل محلول الذهب فى علاج حوادث السل الرئوى الشديد ، فى الصغار ، الذين يتراوح عمرهم بين السنتين والنصف والاحدى عشر سنة وحصل على نتائج حسنة . أما أنا فاقابل هذا القول بكل تحفظ ولا أشير باستعمال محلول الذهب الا فى الحوادث الرئوية الحديثة الخفيفة او القديمة المليفة . اما محلول الفحم، فبالرغم من أن استعماله قد ادى الى فوائد جمة، فى علاج التهابات عديدة ـ تسببها مكروبات الستافيلوكوك(١) والستربتوكوك(٢) ـ وبالرغم من معرفتنا بأن السل الرئوى، فى عمال مناجم الفحم، أقل وأخف من الاصابات فى غيرهم من الناس ـ لان استنشاق غبار الفحم يؤدى الى تخفيف اعراض السل . بينما أن استنشاق الرمال والتراب(٣) يسبب ظهورها . وماذلك الا لان غبار الفحم يمتص سموم باشلس السل ـ مع ذلك لم يؤد استعمال هذا المحلول ، حتى حقنا فى الوريد، الى أية نتيجة حسنة فى تعزيز « الدفاع الموضعى » لشفاء الاصابة الرئوية .

---

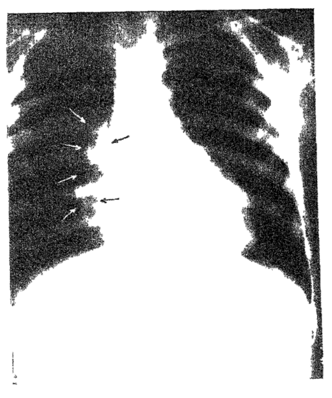
(١) Staphylococcus (٢) Streptococcus

(٣) تترب الرئة : Chalicosis, Silicosis

وأخيرا نسمع اليوم نغمة جديدة من باريس : وهى أن بعض أساتذة جامعة سرقسطه ، فى اسبانيا، ارسلوا الى الاكاديمية الفرنسية تقريرا يقولون فيه أنهم أثبتوا ، بالبحث والتنقيب ، أن اصابات التدرن تزيد بنسبة نقصان عنصر السيلسيوم فى الجسم . فهل يأتى يوم نكافح بالسيليسيوم ، العلل التى تسبق ظهور السل ،كما نكافحها بالكلس ، أى بالكلسيوم ؟



رئتان سليمتان



عقد درنية
في بزرة السرّة الرمي

الفصل الرابع

السل الرئوى أو السحاف

أهم جزء، من موضوع التدرن الواسع، هو السل الرئوى .

أريد قبل البدء بالكتابة عنه، أن أعيد على القارىء ما قلته فى مقدمة هذا الكتاب :

« لا أود التوغل كثيرا فى التفاصيل الدقيقة، الفنية، لأننى لا أخص بهذا الكتاب الأطباء الاخصائيين، بل أوجه كلامى الى غير الاخصائيين منهم والى جميع المثقفين من الناطقين بالضاد وأكتفى فى كل فصل، بسرد ايضاحات أساسية، شاملة، وأرجو أن تنير عقل القارىء بلا تعب ولا ملل . »

من الأمور التى لا خلاف عليها، أن السل الرئوى، فى البالغين، يكون فى الغالب قد بدأ ظهوره فى الطفولة . ففى حالة التعقد الابتدائى (الدرجة الاولى من السل) وحالة التكلس (الدرجة الثالثة) يبقى المرض كامنا الى أن يبلغ المريض سن المراهقة، أو ما بعدها، فيعود الى الظهور . ولكنه لا يبقى كامنا فى حالة الاحساسية (الدرجة الثانية). فأما أن ينتقل منها الى التكلس (دور المناعة) أو يقضى على المريض . فالدرجة الثانية، هى فى الواقع، درجة الخطار الحقيقية، لا كما يتوهم الناس خطأ . فاذا لم يبلغ الطفل هذه الدرجة، أو اذا انتقل منها الى الدرجة الثالثة، سلم من الخطر حتى يبلغ سن المراهقة .

أن ما نراه عادة، فى رئات البالغين من المرضى، ليس سوى عودة الباشلس الى الحياة بعد أن يكون قد ظل سنوات عديدة، مسجونا، هادئا ضمن عقدة أو عقد عديدة جاورسية متكلسة، فى رئة المرء . ويظهر، أن لسن المراهقة

وافرازات الغدد التناسلية ، تأثيرا على اخراج الباشلس من سجنه وفك قيوده من الغدد « القصبية ـ الشعمية » وغيرها من الغدد اللمفاوية القائمة بجوارها ، فى المنصف الصدري(١). واذا دخل الباشلس مجارى التنفس فأوقفته الغدد من عن تخريب أنسجه الرئة وسجنته ضمن غلاف ندبى أو كلسى . فأنه ، بالرغم من ذلك ، يحدث حالة « احساسية » فى المرء يكشف لنا عنها امتحان بيركه(٢) المعروف والذى يفسر لنا قاعدة الاستاذ كوخ ، المشهورة باسم «نظرية كوخ »(٣) التي أود أن أشرحها للقارىء بابسط تعبير :

أن المصاب بالسل يكتسب ، بواسطة « الاحساسية » التى يحدثها فيه الباشلس ، مناعة نسبية ضد اصابة درنية جديدة ، بينما تستمر الاصابة القديمة فى تطورها وربما فى تفاقمها ـ وقد تؤدي الى الموت !

قسم الفرنسيون السل الرئوى منذ عهد الاستاذ « لاينك » الشهير الى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : دور الحويصلة الرئوية، الدرنية، التى تحتوى على مواد الاصابة .

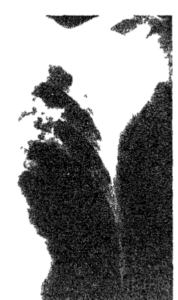
المرحلة الثانية : دور تليين الأنسجة المعتلة ، ثم تجبنها :

المرحلة الثالثة : دور نفث هذه الأنسجة المهترئة وتفريغها بالسعال ، تاركة ، فى مكانها فى الرئة ،تجويفات وحفر .

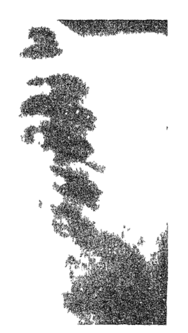
أما المرحوم الأستاذ ليون برنارد فقال :

١ً.أن الاصابة ، التى تصل الى الجنين من الام المصابة ، تختلف باختلاف الحوادث .

Koch's Phenomenon (٣) Pirquet of Vienna (٢) Mediastinum. (١)

اصابة درنية مرتشحة

اصابة درنية متليفة

٢ً والاصابة الرئوية ، التى تدخل جسم الطفل من مجرى التنفس ، تقسم فى نظرنا الى ثلاثة أدوار :

الدور الأول : مقاومة الاحساسية. ثم الاحساسية الكامنة. ثم ظهور الباشلس فى المجاري اللمفاوية والدموية . وهذا الدور يطول من أسبوعين الى ثلاثة أسابيع.

الدور الثانى : الاحساسية الظاهرة وهى دخول المرض الى خلايا النسيج الرئوى وتورم الغدد الصدرية وبروز العقد الرئوية .

الدور الثالث : تجدد الاصابة ، أى استيقاظ المكروب ، فى سن المراهقة .

أن هذا التجدد يغلب أن يكون فى الفص الأعلى من الرئة اليمنى (١) ولا نعرف لذلك سببا حتى الآن .

يمكن أن تطول مدة الدور الثانى أشهراً ، بل أعواما ، يتسرب خلالها الباشلس الى المجارى الرئوية اللمفاوية ويحدث اصابات جديدة فى أجزاء أخرى من الرئة وربما فى الرئة المقابلة. وقد يخرج من الرئة متتبعا المجاري اللمفاوية أو الدموية ويحدث التهابا درنيا فى أعضاء أخرى من الجسم . فلو فحصنا الرئة ، فى هذا الدور من التطور، لوجدنا التورم فى الغدد اللمفاوية القصبية ـ الشعبية ظاهرا للعيان ولرأينا علامات الانتشار فى الأنسجة الرئوية. وما حمى الباشلات التيفوسية(٢) الا نتيجة الاصابة الأولى ، اذ يعجز التعقد الابتدائى عن تطويق الباشلس ، فيدور هذا ، اذ ذاك ، فى الدورة الدموية .

وفى الدور الثالث ، نجد الاصابة تتجدد باستيقاظ المكروب الكامن منذ الطفولة ، فتمتد الى جزء من فص أو الى فص كامل من الرئة وتسبب التهابا رئويا يشبه أحيانا الاحتقانات الرئوية والتهابات « ذات ـ الرئة » المتسعة

---

(١) تتألف الرئة اليمنى من ثلاثة فصوص واليسرى من فصين . (٢) Typhobacillose

غير الدرنية . أى ان استيقاظ باشلس كوخ يسبب ارتشاحا نسيجيا ، كما يقول الألمان(١) أو التهابا رئويا ـ شعبيا(٢) أو التهابا متقرحا ـ متجبنا(٣). كما يقول الفرنسيون.أو التهابا حويصليا(٤) أى معقدا(٥) ويدعوه الألمان منتجا(٦). وربما بقيت الاصابة فى منطقة سرة البزرة(٧) أو انتشرت أو ربما صارت جاورسية (٨) .

تظهر تطورات المرض ـ بالتنفس ـ جلية فى أعلى الرئة ، عند وضع السماعة على ظهر المريض أو صدره ، لأن هذا الجزء الرئوى قليل الكثافة ، فتكون الاصابة فيه قريبة من سطح الرئة. لذلك يسهل على الطبيب الاحاطة بها. على أن ذلك لا يعنى أن المرض لم يصل الى الأجزاء الكثيفة العميقة فى قلب الرئة . كلا ! فعلى الطبيب ، اذ يتسمع الى حس المرض فى أعلا الرئة ، ان يدرك أن الأجزاء الداخلية، حيث تبتدىء الاصابة ولا يسمع منها التنفس، هى كذلك مريضة .

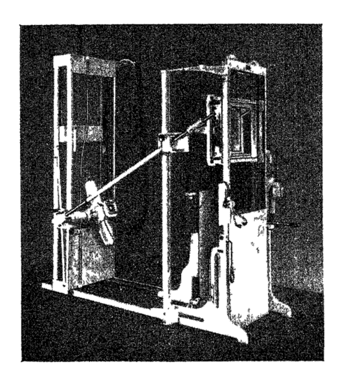
هنا تقوم أشعة اكس بدور هام فى تشخيص المرض بدقة . وهنا نقدر قدر الجهاز الذى صنعه ، مؤخرا ، الأستاذ هنرى شاؤل العربى اللبنانى . رئيس معهد رونتجن فى مستشفيات « الشاريته » فى برلين ، فهو جهاز ، يمكننا من رؤية الرئة الى أعماق متفاوتة ، لفحص جميع أجزائها .

Ulcero—Caseux (٣) Bronchopneumonie (٢) Infiltrat (١)

Miliary (٨) Hilum (٧) Productive (٦) Nodular (٥) Alveolar (٤)



شاؤل



جهاز اشعة رونتجن لشاؤل ، فى برلين .

فى أى جزء من أجزاء الرئة تتجدد الاصابة ؟

تتجدد الاصابة ، غالبا كما ذكرت سابقا ، فى الرئة اليمنى . وأكثر الأحيان فى أعلاها ولانعرف للآن . سببا أكيدا لذلك . ويغلب ظهورها ، فى المراهقين بين السادسة والثامنة عشرة من العمر . ويزيد عدد الاصابات ، بين الآناث ، عليه بين الذكور . ولا يمكننا التعويل كثيرا على المسماع (السماعة) ، بل يجب الالتجاء الى الكشف باشعة اكس وينبغى أن لا نكتفى بما تبديه لوحة الأشعة ، بل علينا أن نأخذ الصورة وندرسها بدقة وانعام .

تقع الاصابة « سماك الترقوة » (كما يسميها ابن عباد) أى تحت الترقوة . ويطلق عليها الفرنسيون ـ على قول المرحوم الأستاذ ليون برنارد ـ اصابة

« ما بين الترقوة والسرة » (١) . والأستاذان الألمانيان اسمان ورادیكر : « اصابة اسمان » أو « الاحتقان المبكر »(٢). ولا يختلف الارتشاح النسيجي، فى هذه الاصابة ، عن الارتشاح الذى يقع حول سرة البررة(٣) .

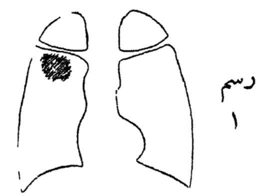
يبتدىء هذا الاحتقان اما بسرعة أو ببطء .

١ . فاذا ابتدأ ، بسرعة ، توهمه بعضهم انفلوانزا (٤) ولكن الكشف بالأشعة يبين لنا احتقانا ، ربما كان مصحوبا ببؤرة أو بؤر درنية .

وغالبا ما يسبب بدء الاصابة الفجائى نزيفا من الرئة وحمى ولغطا فى التنفس، يسمعه الطبيب بسهولة . فأمام حادث كهذا يتحرى الطبيب عن سبب النزيف الحقيقى ليعرف هل هو حدة الاصابة الحديثة، التى مزقت الأوردة والشرايين، أم مزع فى أنسجة الاصابة القديمة الندبية؟ فباختلاف التشخيص، يختلف العلاج.

واذا جاء الاحتقان بطيئا وجب التدقيق فى فحص المريض وتصويره باشعة اكس وتحليل بصاقه فى المختبر الكيماوى .

وللاحتقان علامات فى أحد أجزاء الرئة الثلاث كما نرى فى الرسوم الآتية:

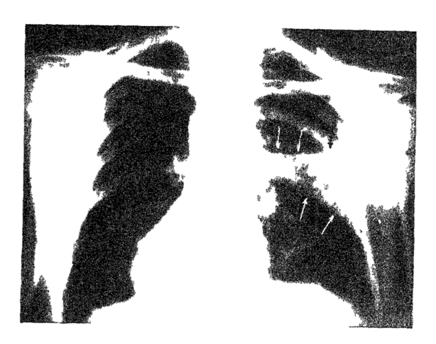


نرى ، فى الرسم الاول نوع الاحتقان تحت الترقوة فى الرئة اليمنى وقد سبق

---

(١) Inter-Cleido-Hilaire (٢) Fruh-Infiltrat—Assman Herd

(٣) Hilum (٤) Grippe



خراج ما بين الفصين « الاعلى والاوسط » من الرئة اليمنى .

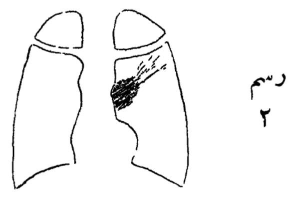
(للتمييز بينه وبين الارتشاح السيحى الدرني .)



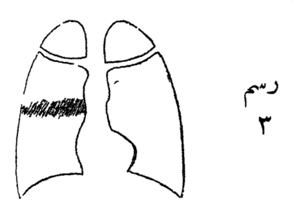
مرض الفطر او اكتينوميكوز الرئة .

(للتمييز بينه وبين الاصابة الرئوية الدرنية المرتشحة .)

ذكره . وهو من أهم الاعراض التى تنبئنا عن تجديد الاصابة الدرنية الرئوية .



ونرى فى الرسم الثانى ، فى الرئة اليسرى،احتقانا قاتما كالظل(١) متجهانحو الترقوة . وقد يكون هذا الاحتقان مستديرا على شكل مروحة ، هادئا، ثم يشتد التهابه فجأة . أو يتقدم ، نحو السرة ، بدلا من تقدمه نحو الترقوة . ويظهر أحيانا فى قعر الرئة . أما ظهوره فوق الترقوة فنادر جدا .



فى الرسم الثالث ، نرى احتقانا بين فصين أو حول فصين فى الرئة وعلى الخصوص فى الفص الاعلى الايمن .

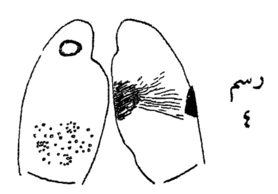
لا نلاحظ جليا بالمسماع تغييرات التنفس، اذا كان تجدد الاصابة حديثا ، لأن الالتهاب يكون عميقا ، بالقرب من سرة البزرة .

---

(١) Tramites — Marbrures — Sequels (Besançon and Braun)

أما الحوادث ، التى نستطيع فيها استماع اللغط فى التنفس ، فتكون قديمة . أى أن الالتهاب ، الذى ابتدأ بجوار سرة البزرة ، يكون قد امتد الى سطح الرئة وأصبح مستحكما . لذلك لا يمكننا التعويل كثيرا ، على سماع الصدر ، لاكتشاف الاصابة فى بدء ظهورها .

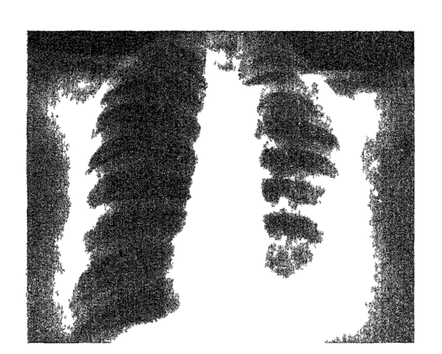
يرى القارىء فى الرئة اليسرى من الصورة الرابعة الآتية رسوما مختلفة : منها مجموعة خطوط متفرعة (١) وفى الرئة اليمنى منهـــا ، مجموعة دوائر صغيرة مبعثرة (٢) ومنها مجموعة حبيبات متفرعة أو مجتمعة وهى التى تسبب التجويفات (٣)



ليست الخطوط المتفرعة الا نسيجا مصابا ، ابتدأ يتحول الى ندوب (٤) وما الدوائر المبعثرة الا التهابات ، بجوار السرة ، تشبه بنسيجها الخطوط . أي أنها ندبية مثلها. أما الحبيبات (٥) فتنبئنا بوجود التهاب درنى فى العيون الرئوية.

Alveolites. (٢) Marbrures. Sequels. Tramites. (١)

Granules. (٥) Fibrous Tissue. (٤) Cavities. (٣)



اصابة درنية رئوية ندبية .



اصابة رئوية زهرية.

« للتمييز بينها وبين السل الرئوى الندبى . »

فمن الخطأ أن ندعوها « الحبيبيّة الباردة » . وتكون هذه الحبيبات اما مبعثرة أو متجمعة ، اسفنجية الشكل . وربما تجبنت فيما بعد وتكلست وشفيت . أو استمرت فى التهابها ، ثم تساقطت كتلا لينة ، تاركة مكانها ، فى النسيج الرئوى ، عددا من التجاويف والحفر .

ولستُ فى حاجة الى تذكير القارىء أن الباشلس يتسرب ، الى أنحاء الرئة المختلفة ، بطريقة الاقنية اللمفاوية والمجارى الدموية . وتسربه ، بالطريقة الاولى ، يكون بطيئا ولعله يكون أخف وطأة .

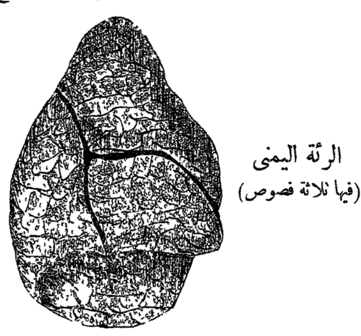


الفصل الخامس

النزيف الرئوى

لا أقصد، فى هذا الفصل، أن أبسط جميع الأسباب، التى من أجلها نشاهد دما فى البصاق، اذ ربما كان سبب هذا الدم التورم أو التضخم فى اللوزتين أو الحلق بل أريد الاكتفاء بالكتابة عن النزيف الحقيقى: أى خروج الدم. من الرئة المعتلة، عن طريق الفم أو الأنف، بكمية كبيرة، اما دفعة واحدة واما على دفعات متعددة.

لا أقدر أن أنسى حادثة دعيت اليها، منذ مدة قصيرة. ذلك أنى وجدت شابا، مصابا بالتدرن فى الرئة، يناهز السادسة والعشرين من العمر، ملقى على سريره والدم يتدفق من فمه وقد علا وجهه الاصفرار وذبلت عيناه وكان قلبه ينبض نحو مئة وأربعين نبضة فى الدقيقة وكل من حوله ينوح ويندب!



الرئة اليمنى
(فيها ثلاثة فصوص)

بعد فحصه بالسماعة (مسماع الصدر)، وجدته يشكو من تجويف فى الفص الأعلى من الرئة اليمنى واذ لم أتمكن من ضغط رئته، بادخال الهواء فى تجويف البلورا، لتهبيطها واقفال ذلك التجويف، اضطررت الى استعمال الأدوية والطرق العلاجية وتمكنت، بعد أيام، من وقف نزيف الدم.

يسألنى القارىء ما هو السبب فى نزف الدم من الرئة؟

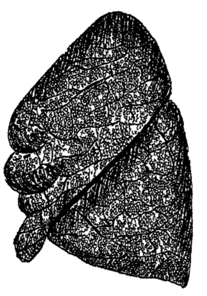
فأجيب: تنتشر الاصابة الدرنية فى الرئة، فتحدث نخرا فى الانسجة وأحيانا فى الاوردة والشرايين الصغيرة، فيخرج منها الدم الى شعيبات الرئة بكثرة ويصل الى احدى الشعبتين الكبيرتين، ثم يخرج من الفم. فيمكننا اتخاذ الحادثة، التى ذكرتها فى ما تقدم، مثلا لنخر الاوردة أو الشرايين الصغيرة الشعرية، فى التجويف الذى يحدث، فى الرئة المصابة.

ويسألنى القارىء: واذا لم يحدث هذا، بل تطورت أنسجة الرئة واستحالت الى ندبية، هل يمكن أن يحدث، بعد ذلك، نزيف من الرئة؟

فأجيب: نعم! لينظر القارىء الى جرح اصابه، فى أى جزء من جسمه، أو الى عملية فى البطن، عملت له، فيرى. عند التئام الجرح، خطاً أبيض وهذا الخط يمثل نوعا من الانسجة الضعيفة، التى لا يجرى فيها الدم(١). وكما يلتئم الجرح فى الجلد، يلتئم أيضا فى الرئة فاذا أوجد باشلس كوخ التهابا فيها وبذر سمومه وأوجد جروحا وقروحا فى أنسجها، ثم انقرض هذا المكروب وأخذت هذه الانساج بالشفاء واقتربت أطراف الجراح الواحدة من الاخرى والتصقت بعضها ببعض وقدر للرئة الشفاء، على هذه الطريقة، فان ذلك الالتئام يظل ظاهرا كاللحام.

---

(١) Cicatricial Tissue



الرئة اليسرى
(فيها فصان)

لنفرض أن لدينا كرة من المطاط(١) ، فى جنب من جانبها لحام ونفخنا هذه الكرة، نفخا شديدا ، فأننا نعرضها للتمزق فى نقطة اللحام. وهذا ما يحدث عند ما يبصق الانسان دما من رئته . فربما مزق المصاب « لحام » رئته من جراء التعب من الركض ، أو من السباحة ، أو غير ذلك من الاسباب المجهدة، وعندئذ تتمزق بعض الشرايين ، أو الاوردة ، بجوار اللحام .

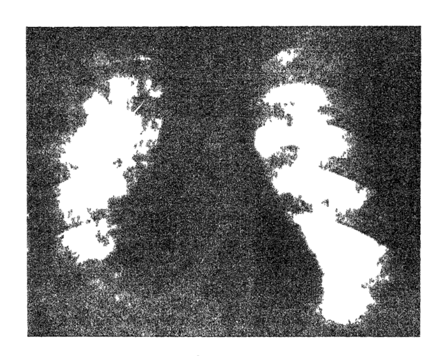
لا يعتبر دائماً خروج الدم من الرئة، الى أنابيب الهواء ، دليلا على شدة المرض. ولا يحسن أن يقال حينئذ أن فلانا، فى آخر درجة من درجات السل وأنه مشرف على الهلاك، لأنه بصق دما ، أو أصيب بنزيف من رئته. اذ أن هذا الحكم يكون خطأ فى بعض الأحايين: اذ قد يحدث نزيف، من الرئة، فى غير المصابين بالتدرن الرئوى.

مع ذلك يمكننا القول أن ٩٠ فى المئة من الذين يشكون النزيف الرئوى، مصابون بالتدرن .

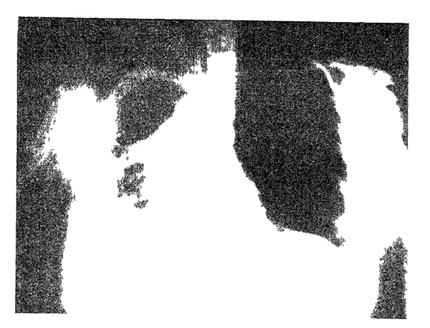
لا يحدث النزيف كثيرا فى الفتيان ولا فى الاطفال ولكنه ، حين يصيب الطفل ، يكون شديد الوطأة عليه .

---

(١) الكاوتشوك



النزيف الرئوى
الحفرة المشار اليها، سببت نزيفا رئويا (كما جاء فى هذا الفصل).



سل رئوى ندبى
مصحوب بحفره كبيرة لم تسبب نزيفا.

يكثر حدوث النزيف الرئوى الدرنى فى الربيع وفى الخريف . ولكنه لا يؤثر فيه استمرار الحر والبرد، الا اذا كان هناك، تغيرات فجائية متواصلة.

يكثر هذا النزيف ، أثنــاء الطمث ، فى النساء المصابات ، العصبيات ، السريعات التأثر . ثم أنه وحده لا يسبب الموت . بل أن الذي يسبب الموت عادة هو الاختناق من قلة الاوكسجين ووقوف حركة القلب .

نعالج النزيف من الرئة بالاستراوح (حقن الهواء فى تجويف البلورا) (١). اما اذا كانت الالتصاقات البلوروية، داخل الصدر، كثـــيرة ومتسعة ولا تسمح بتهبيط الرئة ، بواسطة الضغط عليها، لو أدخلنا الهواء فى تجويف البلورا ، عالجنــا هذه الحالة باستئصال عصب الحجاب الحاجز (٢) أو بالعلاج الجراحى الكبير أى بتطبيق الصدر (٣).

واذا استصوب الطبيب اتبـاع الطرق العلاجية ، وضع كيسا ، فيه ثلج ، على موقع النزيف والتجأ كذلك ، الى العلاجات التى تقلل من شدة الضغط فى الاوردة .

أما اختيار العقاقير ، فيرجع الى حكمة الطبيب الاخصائى ومعرفته .

---

(١) Pneumothorax (٢) Phrenico-Exarese (٣) Thoracoplasty

الفصل السادس

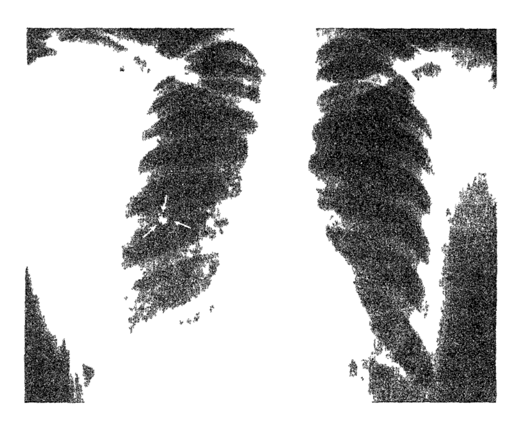
مراحل السل الرئوى « الثلاث . »

يذكر القراء أنى ، فى الفصل الثانى ، حصرت قولى فى طريقتى المقاومة : العامة والموضعية . وأضحت كلا من الطريقتين ، على حدة . وأشرت ، بايجاز ، الى طرق العلاج ، ذاكرا بعض العقاقير التى نستعملها لتزيد مقاومة الجسم لمرض التدرن . ولكنى ، لم أتكلم عن طريقة حقن الهواء فى تجويف البلورا ولا عن الأقليم والراحة والغذاء وعلاج التدرن خارج الرئة والعمليات الجراحية المتبعة فى علاج تدرن الرئة . وما ذلك ، الا ، لأنى سأشرحها فى فصول مستقلة، يجدها القارىء فيما بعد واوضح، بأسهاب، كل ما يمكن أن يفهمه الفرد المثقف ، تثقيفا عاما .

أما فى هذا الفصل ، فكلامى عن مراحل السل الرئوى الثلاث :

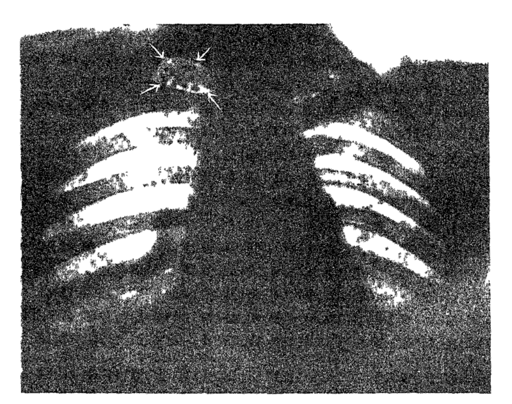
كثيرا ما نسمع الناس يبدون رأيهم ، اعتباطا ، فيقولون : فلان فى الدرجة الأولى من السل ، فلا خطر عليه بعد أو فى الدرجة الثالثة ، فلا يرجى له شفاء . وهم ، فى هذا التقسيم ، لم يبتعدوا كثيرا عن الترتيب الفنى لسير المرض ولكن الفكرة، التى يبنون عليها آراءهم، خطأ محض اذ أنهم، يعتبرون هذه الدرجات مقياسا للمسافة الموجودة بين هذا المريض ونهاية حياته . الرأى السائد ، هو أن الدرجة الثانية اقل خطورة من الدرجة الثالثة والدرجة الثالثة هى اليأس المحسم ، فالموت! وهذه اعتقادات أقل ما يقال فيها أنها سخيفة ولا أساس لها من الصحة !

الأصح ، هو أن نقيس درجات السل الرئوي بتطور انساج ألرئة من اللين الى الصلابة . ففى الدرجة الأولى ، يتسرب المرض الى الأنسجة فتظهر لينة ونسمى ذلك « ارتشاحا » أو « احتقانا » أما فى الدرجة الثانية وهى دور



التعقد الابتدائى

(المرحلة الأولى)



عقد متكلسة فى قمة الرئة اليمنى

(المرحلة الثالثة)

قبل هذا بعض أدوار المرحلة الثانية (مرحلة الانتشار) : كما فى المرتشحة والمائتة صفحة ٤٧ ـ والاحتقان المبكر صفحة ٧٣ .

امتداد المرض الى الأنسجة المجاورة ونسميه « تعميا » ، فتكون هذه الأنسجة كذلك لينة . اما فى الدرجة الثالثة وهى درجة « النشوفة » ، فتكون الأنسجة المصابة قد أصبحت متكلسة أى صلبة، فتتوقف حركة الباشلس الذى ينخرها ويمتنع المكروب من افراز سمومه فى الدورة اللمفاوية والدورة الدمويةونشرها فى أطراف الجسد . وهذه الدرجة هى الأسلم عاقبة .

كان الدكتور « فون رانكه »(١) استاذا المانيا فى مونيخ. ولما كنت فى تلك المدينة ، تتبعت كثيرا الأعمال التى قام بها ودرست نظرياته بتوسع . ومع أن الأستاذ بتروشكى كان قد وصف لنا ، منذ سنة ١٨٩٣ ، التشابه بين مَرَضَيّ التدرن والزهرى وأوضح لنا ، أن كلا منهما يسلك مسلكا ذا ثلاث مراحل ، الا أننى أشعر ، كما يشعر به الكثيرون معى ، أن الفضل يرجع الى رانكه فى تقسيم مراحل هذا المرض ، تقسيما جليا ، اذ جعلها ثلاث مراحل : (٢)

المرحلة الأولى : التعقد الابتدائى (التلقيح)

المرحلة الثانية : الاحساسية الزائدة (انتشار المرض)

المرحلة الثالثة : المقاومة أو المناعة النسبية (التكلس)

ما هو التعقد الابتدائى ؟

هو اصابةدرنية،فى الجزء الخارجى من الرئة،تحت الغشاء البلوروي الاحشائى، يظهر لنا غالبا فى الجزء الأعلى أو الأسفل من الرئة اليمنى، ونراها،عند الكشف بأشعة اكس، كنقطة أو كبقعة عاتمة ،غير شفافة. واذا قمنا بفحص رئة المصاب ، بعد الموت . وجدنا أن تلك النقطة ، أو تلك البقعة الغامضة ، هى درنة ، صغيرة

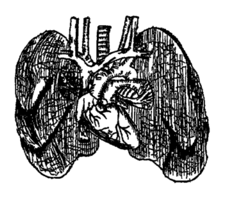
---

(١) Heinrich Von Ranke

(٢) قابل هذا القول بتقسيم الاستاذ ايمان لاصابات التدرن في الفصل الثالث والثلاثين .

أو كبيرة متكلسة ، تحتوى على جرثومة السل . وقد بات المكروب فيهـا ، سجينا ، محاطا بغلاف لا يمكنه الخروج منها .

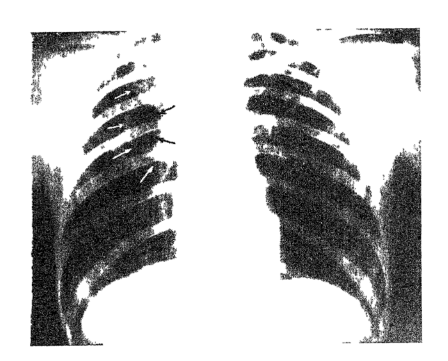
نجد هـذا التعقد الابتدائى فى الصدر ، لا فى مكان آخر ، لأنه ، كما سبق وأوضحت للقارىء ، تحدث الاصابة باستنشاق المكروب ، مع الهواء ، عن طريق الأنف والفم. وبما أن الرئة تكون، اذ ذاك، ـ ميناء الدخول الى الجسد ـ فتـكون ، بالطبع ، أكثر تعرضـا للعدوى . واذا اعتبرنا الأمعاء ، بابا آخرا لدخول المـكروب الى الجسم ، مع اللبن الذى تتغذى به ، نجد أن الاصابات ، التي تحدث عن طريق الأمعـاء ، لا تتجاوز جزءا بسيطا في المئة ، من معدل مجموع اصابات التدرن كلها .



القلب والرئتان
(منظر أمامى)

ما هى الاحساسية الزائدة ؟

هى المرحلة التى ، بدلا من أن يعانى فيهـا المكروب مرارة السجن فى الرئة ضمن غلاف يحيط به ، كما جاء فيما تقدم ، يأخذ فى الانتشار ، متبعا طريقا واحداً أو أكثر من الطرق الآتية ، الى أن يصل الى أى عضو فى الجسم ، فيفتك به .



الاحتقان المبكر

اصابه مابين الترقوه والسرة، مع حفرة، فى الرئة اليمنى



تطور هذا الاحتقان

زوال الحفرة وتحول الأنسجة المحتقنة المتورمة الى طرية لزجة .

ا ــ ينتشر المكروب بالتلاصق . وبالأخص فى الرئة لأنها عضو مركب من نسيج هش ، قصيف كالاسفنج، سهل التمزيق . وخصوصا أن هذا العضو، دائما أبدا ، فى حركة مستديمة أثناء الشهيق والزفير .

ب ــ ينتشر سابحا فى سائل الأقنية اللمفاية(١) . ثم ينفذ هذهالأقنية الى الغدد التى تحيط بها و يحدث فيها تضخما ، كما نراه غالبا ، فى أعناق الأطفال .

ت ــ يدخل المكروب فى مجرى الدم . ويسير فى الدورة الدموية فيؤدى بالمريض الى الموت العاجل .

ث ــ ربما انفجرت بؤرة درنية وانتشر المكروب فى مجارى مختلفة ، كالشعيبات فى الرئة ، مثلا، أو القناة الهضمية ، أو المجارى البولية ، أو الجهاز التناسلى.

بهذا الانتشار ، يتولد فى الجسم احساسية (٢) ، هدفها ونتيجتها ايجاد ما نسميه : « مناعة مكتسبة » وهذه الاحساسية ، شديدة(٣) كانت أو ضعيفة(٤)، تولد مقاومة فى الجسم. وهذه المقاومة ، عمومية كانت أم موضعية، اما ان تكبح جماح المكروب وتوقف سير المرض بسرعة أو تخفق . فاذا أخفقت نوعاً ، طال أمد النضال بين هجوم ودفاع ، الى أن ينتهى الامر ، اما بموت الفرد أو بانتقاله الى المرحلة الثالثة ، التي نسميها « مرحلة المقاومة» أو « المناعة النسبية » .

ما هى المناعة النسبية ؟

هى قوة الدفاع التي تظهر فى جهازنا ، بواسطة المناعة المكتسبة الناشئة عن الاحساسية ، كما تقدم ، وذلك بواسطة :

---

(١) مجارى تحيط بخلايا الجسم كلها يسيل فيها اللمف . وهو سائل ابيض .

(٢) Allergy (٣) Hyperallergy (٤) Hypoallergy

ا ـ مواد مضادة لسموم العدوى ، يفرزها الجسم لمقاومة المكروب ، تساعد الأعضاء على التخاص منه بشكل عام .

ب ـ جفاف الأنسجة وتكلسها لمنع تقدم المكروب بشكل موضعي وسجنه في مكانه .

لقد وضع الأستاذ رانكه هذه المراحل الجوهرية الثلاث ، وكما فهم منه ، قال انها تمتد في حياة المريض على هذه الصورة . ولم يفعل ذلك ، الا حين رسخ هذا الاعتقاد في مخيلته ، بعد ان قام باختبارات عديدة في مختبره ودرس طويل شاق في قاعة التشريح . أما ريديكر(١) وهو استاذ الماني آخر ، جاء بعده ، فقد قال : أصاب رانكه في تقسيمه الثلاثي هذا ، لمرض السل . ولكنه لم يعن بهذا التقسيم امتداد المرض في « حياة الفرد كلها » ، بل انما قصد ، بقوله هذا ، مدى « حياة الاصابة الواحدة » وادوارها .

وجاءت الحوادث والبحوث الاخيرة مؤيدة لرأي ريديكر الصائب ، لأنه ، بهذا الرأي الحديث ، حدد اراء رانكه وأظهر ، بوضوح ، جهوده وعمله الثمين.

في الاستعراض السابق ، يرى القارىء ، بجلاء ووضوح ، الضلال الذي يهيم فيه العوام وكيف أنهم يتسرعون في ابداء ارائهم الخاطئة ، الضارة ، البعيدة عن الصواب .

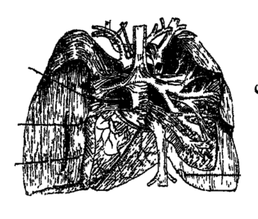
جاءت لعيادتي يوما ، سيدة مريضة ، تصحبها شقيقتها وابنتاها . وكن ، جميعا ، في حالة ذعر شديد امتد الى الكلب الذي رافقهن !! أتعلم أيها القارىء السبب في ذلك ؟ هو أن المرأة رأت ، في بصاقها ، قليلا من الدم !!

---

(١) F. Redeker



فون رانکه



القلب والرئتان
(منظر خلفى)

أسرّت ألىّ الشقيقة هامسة وشفتاها ترتجفان وعيناها جاحظتان : « أليست شقيقتى فى الدرجة الثالثة من السل» ؟ فأفهمتها أن خروج الدم من الفم لا يعنى وجود المرض . فقد يخرج الدم من بلعوم محتقن أو من معدة مصابة بقرحة . ولنفرض أن الدم من الرئة فلا يعنى ذلك دائما وجود اصابة درنية . بل قد يكون نتيجة التهـاب رئوى ، غير درنى ، أدى الى التصـاق غشائىّ البلورا ، بعضها ببعض وبالرئة . فنشأ من هذا الاجهاد أو السعال تمزق الالتصـاق وحدوث النزيف .

وفعلا ، بعد فحص المريضة بالأشعة ، وجدت التصاقات بلوروية فى جانبها الأيمن. اذ أنها كانت قدأصيبت « بذات الجنب » منذ ثمانى سنوات . فارسلت فى اليوم التالى بصاقها، الى المختبر الكيماوى، فجاء الجواب،بعد التحليل ، نافيا للاصابة.

رأيت ، عندئذ ، أن فحصى فى العيادة ، وتحليل البصاق فى المختبر ، تضافرا على استئصال تلك الفكرة الخاطئة من رأس شقيقتها المضطربة وعادت اليهن جميعا الطمأنينة التى تبعثها المعرفة الصحيحة .

ويخيل ألىّ أن ذلك الكلب الأمين يربض الآن آمنا عند قدمىّ سيدته ....

الفصل السابع

تدرن البلورا أو ذات البلورا الدرنى

هذا موضوع هام جدا يجدر بنا ، قبل معالجته ، أن ندرس معا ، بايجاز ، تركيب الأعضاء التي هى تحت البحث الآن ووظيفتها ، فأقول :

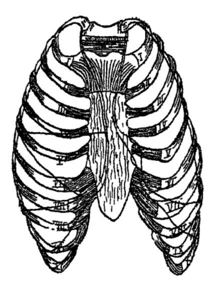
يكتنف الرئة غشاء ، نسميه البلورا ، مؤلف من طبقتين ، طبقة تلتصق بالرئة نفسها ، نسميها « الطبقة الاحشائية » ، وطبقة تلتصق بالقفص الصدرى ، من الداخل ، نسميها « الطبقة الجدارية . »

وهاتان الطبقتان رطبتان ، زلقتان ، تحتكان ، أثناء الشهيق والزفير ، بسهولة : مما يجعل حركة الرئتين سهلة منطلقة . فاذا دخل فى الغشاء عامل غريب ، أحدث تغييرات باثولوجية(١) وأصبح الغشاء أكثر رطوبة وانتفخ متورما . والعوامل التى تسبب تغييرا باثولوجيا ، فى هذا الغشاء أي البلورا ، متعددة ، أشهرها :

١ ـ أولية أى ناشئة من البرد . اذا كان الالتهاب من النوع الجاف ، سبب نمرة أو وخزا فى الجنب ، يتلاشى عند ما تعود البلورا الى حالتها العادية الطبيعية . أما اذا تطور الجفاف الى ارتشاح يتجمع ، بين طبقتى الغشاء ، فلا يعود المريض يشعر بالوخز فى جنبه . ولكنه لا يعتبر سليما ، معافى ، الا بعد أن تكون قد زالت الرطوبة كلها .

وهذا الالتهاب البسيط ، المصحوب بارتشاحات ، كثيرا ما يكون سببا للتفكير والبحث والجدل ، عند ما نهم بسحب المادة السائلة ، المتجمعة ، لتقصير مدة المرض ، مخافة أن يكون ، وراء هذه الارتشاحات ، اصابة درنيه كامنة ، تضطرنا الى الامتناع عن تفريغها ، اذا كان اجتناب هذا النوع من العلاج ممكناً .

(١) مرضية .



اضلاع الصدر
وانعكاسات البلورا
(منظر امامى)

قد يسأل القارىء : لماذا ؟ ــ الجواب هو أن مثل هذا السائل العقيم (١) أى المسبب عن عدوى مكروب من نوع واحد ، كثيرا ما يصبح ، بعد عملية ثقب الجنب : « خصبا » (٢) . أى ، اذا ادخلنا ابرة ، فى جنب المريض ، وصلنا بها الى الطبقة الجدارية من البلورا ، فثقبناها ونزلنا السائل المتكون بين الطبقتين، ربما أحدثنا هناك مضاعفات . اى أن مكروبات أخرى قد تنسرب الى الأجزاء المريضة فيصبح شفاؤها صعبا . واذا تطورت الارتشاحات الموجودة الى مادة صديدية ، نسميها « دبيلة » (٣) ، أصبحت وطأة المرض شديدة ومدته طويلة ، فباختيارنا أهون الشرين ، نضطر الى قطع ضلع أو ضلعين وثقب طبقة البلورا الجدارية وتفريغ المادة الصديدية منها وتثبيت أنبوب من المطاط يسحب بقايا السائل ، الذى نريد تجفيفه وما قد يتجمع من مادة صديدية فيما بعد .

لو اتبعنا هذه الطريقة ، فى علاج الدبيلة (المادة الصديدية) العقيمة ، جازفنا بتحويلها الى دبيلة خصبة (مختلطة) . أما اذا وجدنا أنفسنا أمام حالة حمى متواصلة،

Sterile (١) Mixed (٢) Empyema (٣)

مع ضغط على القلب ، من جراء تجمع المادة الصديدية فى الصدر وأصبحنا نخشي حدوث الفساد الشحمى أو الشمعى ، فى أعضاء الجسم الداخلة وعلى الأخص فى الكبد أو الكلى ، فنلتجىء مضطرين الى هذه الطريقة العلاجية .

٢ ـ ثانوية لأى نوع من العدوى ، يصل اليها ، بواسطة الدورة الدموية أو الدورة اللمفاوية . او امتداد من رئة مصابة بذات ـ الرئة أو بخراج أو بغنغرينا أو بنمية غريبة جديدة. أو من شغاف القلب (التامور) (١) المصاب . والتهاب البلورا يسبب مرضا فى الكبد أو فى البريتون (الباريطون) أو خراجا، تحت الحجاب الحاجز ، نسميه اصابة صاعدة . وقد يؤدى مرض الروماتزم المفصلى والالتهاب الحلقى ، الى ما نسميه التهاب البلورا الانبذاري(٢) . أى أن العدوى تنتقل من مركز الاصابة الأصلية، بواسطة الدورة الدموية أو اللمفاوية، الى أجزاء أخرى فى الجسم حيث تتمكن فيها وتسبب اصابة ثانوية .

قسم المتقدمون التهاب البلورا الى قسمين :

الأول : الالتهاب الذى لم تسبقه اعراض ولم يعرف عن سببه شيء .

الثانى : الالتهاب الذي يمت الى اصابة مجاورة له أو الى اصابة أخرى انبذارية.

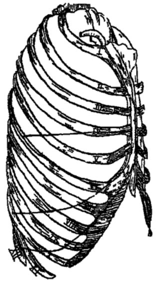
أما الآن ، فقد ثبت لنا أن الشطر الأول من هذا الرأى القديم خاطىء وأن مرض التدرن هو السبب الحقيقى ، فى الالتهاب ، الذي لا نعرف عن أسبابه شيئا .

يجب أن لا يستغرب القارىء قولى له أن فى ٥٠ فى المئة من حالات التهابات البلورا ، المصحوبة بارتشاح ، نجد باشلس كوخ فى المادة السائلة التى نخرجها بالبزل. واذا اعتبرنا جميع ما لدينا من المعلومات والأدلة المختصة

---

(١) Pericardium (٢) Metastatic

بحالة البلورا ، فى جميع أدوار التدرن الرئوي ، لا نكون بعيدين كثيرا عن الحقيقة ، لو قلنا أن ٩٥ فى المئة من حالات التهاب البلورا المجهولة السبب ، والمصحوبة بارتشاح ، منشأها مرض التدرن دون سواه .



اضلاع الصدر
وانعكاسات البلورا
(منظر جانبي ايمن)

تقسم التهابات البلورا الى نوعين رئيسيين :

١ - التهاب البلورا الجاف . يشعر المريض ، فى هذا النوع من الاصابة ، عند السعال وعند التنفس العميق ، بوخزة فى الجنب . ويسمع الطبيب ، عند الفحص بواسطة سماعة الصدر أو الاستماع بالأذن ، صدى احتكاك بين طبقتى البلورا ، يشبه احتكاك قطعتين من الجلد . وكما قلت سابقا ، قد يصاب المرء ، بهذا المرض ، لو تعرض مدة طويلة لمجرى هوائى بارد . ثم يشفى منه بعد علاج بسيط أو يتطور الى النوع الارتشاحى . وربما كان التدرن سبب هذا المرض . وقد يظهر مصحوبا بارتفاع قليل فى الحرارة . وهذه الحالات نعالجها بالراحة التامة وبالمدفئات ، على الجنب المصاب ، ثم بالأدوية من الداخل ، كالساليسيلات والديونين والكودئين وهلم جرا .

٢ - التهاب البلورا المصحوب بارتشاح .

وهو ثلاثة أقسام : المصلى (١) والصديدى (٢) والنزفى(٣). أما نتائج هذا النوع الارتشاحى من الالتهاب ، فكثيرة مختلفة ، منها :

ا - يظهر الالتهاب السليم العاقبة مصحوبا بحمى مع ارتشاح قليل ولدى الفحص يجد الطبيب أصمية خفيفة عند القرع بالأصابع . وقد لا نسمع صوت السائل عند هز المريض بشدة وربما بقيت هذه الحالة غامضة الى أن يكشف على المريض بأشعة اكس وكثيرا ما تمتص البلورا هذا الارتشاح فلا يبقى له أثر .

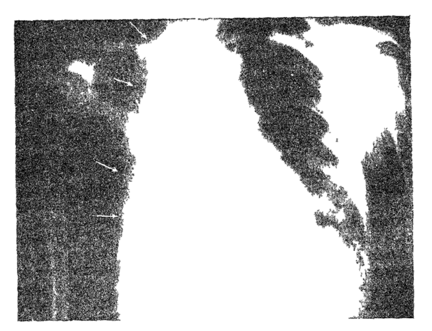
ب - يصحب التهاب فبرينى (ليفى) مصلى(٤) أى أن السائل يكون كثيفا . وهذه الاصابة ، اما أن تكون مستقلة أو نتيجة للنوع السابق ، أى أن هذا النوع بدلا من أن ينتهى بالامتصاص ، يتكاثر فيه السائل الكثيف ويولد ارتفاعا فى الحرارة . وقد يضغط على القلب، فيميل به عن موضعه ولا نعرف مقدار هذا الضغط ، الا بواسطة الأشعة . فيجب والحالة هذه أن لا نتأخر عن فحص المريض، بأشعة اكس وأخذ صورة كاملة لصدره عند اللزوم والتشخيص، فى هذه المرحلة ، سهل لأننا اذا هززنا المريض نسمع صوت السائل ضمن القفص الصدرى . على أن هذا لا يغنينا عن الفحص بالأشعة .

ت - يتحول الارتشاح ، بعد بقائه مدة فى تجويف البلورا ، من مصلى أو فبرينى ، الى مادة صديدية ، فتصبح الأعراض عندئذ حادة ، اذ ترتفع درجة الحرارة ويظهر فى الجسم ، رد فعل شديد ويصحب هذه الحالة ، عادة ، تقيؤ وعرق كثير واذا كان تصبب السائل غزيرا ، ضغط على الأعضاء الداخلية كالقلب والرئتين وسبب ضيقا فى التنفس ، فنضطر ، اذ ذاك، الى تفريغ البلورا

(١) سائل (٢) فيه قيح (٣) فيه دم . Sero-Fibrinous (٤)



ارتشاح صديدى
فى تجويف البلورا الايمن



معالجة هذا الارتشاح
باستئصال الأضلاع اليمنى

وغسلها بمحلول مانع للتعفن ويقول بعض الأطباء لا فرق فى نوع المحلول ، الذى نستعمله ، ما دام معقما وغير مهيج للانسجة ، اذ أن حصولنا على نتيجة حسنة لا يتوقف على نوع المحلول الذى نستعمله ، بل على التفريغ نفسه وأراحة البلورا . فاذا استمر الارتشاح ، خشينا تكوين عقدة درنية ، تتحول مع الزمن الى خراج ، يتصل بتجويف البلورا . وفى هذه الحالة ، يصبح الشفاء متعذرا .

واذا ابتدأ الامتصاص ، ظهر لنا تحسن فى الحالة والتقدم الى الشفاء وبانت الالتصاقات البلوروية ، التى تساعد غالبا على تثبيت الرئة ومنعها من الحركة . وهذا ما نرمى اليه عادة فى علاجنا .

وعلى ذكر التصاقات البلورا وتثبيت الرئة ، أزيد على ذلك أننا نجد فى أمراض البلورا ، بعد الكشف ، التصاقا بالرئة ، عند قاعدتها : يجعل الرئة قليلة الحركة . واذا عرض شخص كهذا نفسه لاجهاد ما ، يتمزق هذا الالتصاق ويصبح المكان قابلا لالتقاط الاصابة الدرنية . وكم من الرياضيين والمصارعين لقوا حتفهم بمرض التدرن المنفجر ، الصاعق : وما ذلك الا نتيجة تمزيق التصاقات قديمة فى البلورا ، وظهور اصابة درنية جاورسية .

ث ـ يصبح الافراز ، فى التهاب البلورا الدرنى الحاد ، صديديا بسرعة وترتفع الحرارة ، الى درجة عالية ، تصحبها قشعريرة وقىء وضيق فى التنفس ويكون النبض سريعا قصيرا .

فبازاء اصابة كهذه ، نجد أنفسنا أمام أخطار جمة ، كانثقاب الرئة أو امتداد الاصابة الى الرئة الأخرى أو انتشارها . وبالرغم من الاستمرار فى البزل وتطهير تجويف البلورا ، غسلا ، تكون الاصابة غالبا مهلكة .

ج ـ قد تصاب البلورا بانواع مختلفة من المكروبات مع باشلس كوخ . أى أن الاصابة تكون مختلطة ، فتنتهى الى التسمم .

وقد يعيش المريض ، أشهرا بعد البزل وتطهير تجويف البلورا . لكنه ، لا محالة، هالك بعد مدة، بسبب فقر الدم الشديد والانحطاط الناشيء من الفساد النشوى أو الدهنى أو الشمعى .

ح ـ اذا زاد التصبب البلوروى ، يضغط على الرئة ولا يلبث أن يقرض طبقة البلورا الداخلية الاحشائيـة أو يمزق بعض الالتصـاقات ، فتتعرض الخلوات والعيون الرئوية للاصابة . فاذا حدث ثقب الرئة فجأة ، شعر المريض بألم حاد وبصعوبة فى التنفس وسعال جارح . اما اذا قرض الافراز ، ببطء ، الطبقة الاحشائية من البلورا وسطح الرئة ،كانت الاعراض أقل حدة وبصق المريض ، من فمه ، الارتشاح البلوروى وأصيب بالقيء تكرارا .

لا يكون ثقب الرئة فى جميع الحالات ، مميتا . فاننا نعرف حالات كهذه انتهت بالشفاء التام ، لأن الارتشاح لا يحتوى على مكروبات مميتة . أما اذا ثقبت الرئة ، عند ما يملأ تجويف البلورا افراز صديدى كثير ، فالتقيح يستمر لمدة طويلة وترتفع الحرارة ويشتد القيء وينتاب المريض الضعف والسقم .

فاذا لم توجد وسائل نافعة ، لمعالجة هذه الحالة ، أمكننا القول : أن ثقب الرئة، مع وجود افراز صديدي فى البلورا، لا بد أن ينتهى الى الموت العاجل .

الفصل الثامن

مزع البلورا او استرواح الصدر الذاتى

اشرت مراراً فى الابحاث السابقة ، الى استرواح الصدر الاصطناعى ، اى حقن الهواء فى تجويف البلورا وذلك بغرز انبوب دقيق كالابرة فى جنب المريض ، بين الاضلاع ، يخرز الطبقة الجدارية ويدفع الهواء بين طبقتى البلورا - الجدارية والاحشائية - من جهاز ضاغط ينفخ التجويف، فنزحم الرئة ونفرغها من الهواء ونلصقها بمنتصف الصدر ، « هابطة » منكمشة على نفسها ، لأراحتها من عناء التنفس واعدادها للشفاء .

اما الاسترواح الذاتى ، فهو الدخول الطبيعى للهواء الخارجى ، من الفم وبطريق الرئة (التى تكون شدة المرض قد مزقت انسجتها) ، الى تجويف البلورا ، فيحدث الهواء ضغطا ايجابيا فى هذا التجويف . (ولا يتم هذا الضغط الا اذا حصر الهواء الداخل بين طبقتى البلورا كما لو حصر بصمامات تمنع خروجه .)

لا نكون مغالين اذا قلنا ان السل الرئوى هو السبب فى ٩٠ فى المئة من هذا التمزيق، فى الرئة وفى البلورا ، المؤدي الى الاسترواح الذاتى. وما بقى ننسبه الى الخراجات الرئوية أو الجراح او انتفاخ الرئه .

ولا يحدث مثل هذا الاسترواح ، فى الدرجة الاولى من مرض السل ولا فى الدرجة الثالثة ايضا ، الا نادراً . اذ تكون الألتئامات الندبية قد أكتملت فى الانسجة المريضة . بل نراه فى الدور الثانى من الالتهاب واتساع الاصابة ، اى عند ما تكون الانسجة المصابة لينة .

نعلم كل العلم ان الالتهابات الدرنية تحدث حفراً فى الرئة وبذلك تضعف

انسجتها فتتمزق . واذا وجد هذا التمزيق أو هذا الحفر ، على سطح الرئة ، اتلف الطبقة البلوروية الأحشائية وتسرب الهواء ، كما قلت ، من الرئة الى تجويف البلورا .

فاذا التأمت الشقوق وانقطعت صلة تجويف البلورا بالهواء الخارجى ، اى اذا سد المنفذ الذى فتح فى البلورا الاحشائية، فالهواء الذى يكون قد تسرب اليها، يبقى سجينا ويصبح استرواحا صدريا مسدوداً .

وهذا يحدث احيانا لمصلحة المريض، فنزيد الاسترواح المسدود بأن ندخل عليه، من الجهاز الضاغط، كمية أخرى من الهواء ليشتد الضغط على الرئة ويتم احباطها اذا امكن. فأذا لم يحل ظهور التصاقات بلوروية ، دون احباط الرئة ، حولنا الاسترواح الذاتى الطبيعى الى طريقة اصطناعية للعلاج .

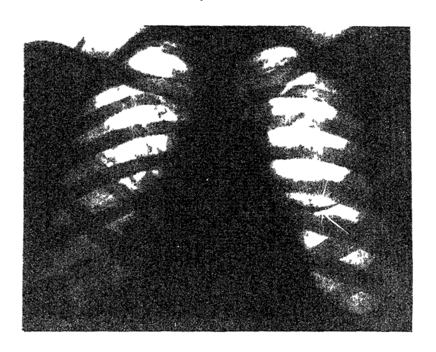
يسهل علينا غالبا تشخيص الاسترواح الذاتى . فالمريض يشكو ألما فجائيا وسعالا وضيقـــا فى التنفس مصحوبا بسرعة متزايدة فى النبض وازرقاق وعرق كثيراً . واحياناً ، يكون مقـــدار الهواء زهيداً ، لا يدرك بغير الاستعانة بأشعة اكس .

ان مضاعفات الاسترواح الذاتى تكون احيانا شديدة . اذ ربما تكون بؤرة رئوية افرغت محتوياتها ، من سموم وباشاس على الأنسجة المجـــاورة الممزقة . فأحدثت اصابة عمومية مخلطة خطرة ، او ربما ادى هـــذا الى ظهور مادة صديدية فى تجويف البلورا (١) .

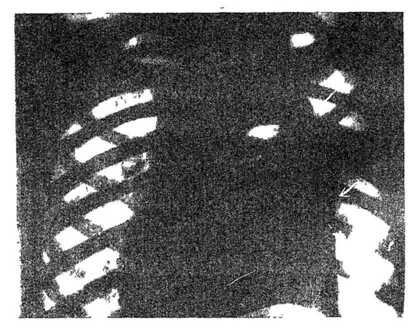
---

(١) اقرأ الفصل الرابع والثلاثين: «حقن الهواء فى تجويف البلورا» او استرواح الصدر الاصطناعى.

حادثة نمرة ١



حادثة نمرة ٢



نزع البلورا او استرواح الصدر الذاتى

يرى القارىء فى الرسمين حدود الرئة كما هو مشار اليها .



الفصل التاسع

بحث آخر في التهابات البلورا وعلاجها .

لقد أوضحت فى الفصل السابق أن التدرن منشأ جميع التهابات البلورا التى لا نعرف عن سببها شيئا . وقسمت التهاب البلورا الى قسمين : النوع الجاف وهو غير الدرنى والنوع الرطب وهو فى الغالب درنى وله درجات تختلف فى حدتها من « الدبيلة » الى « انثقاب الرئة » وبينت للقارىء كيف أن غشاء البلورا ، ذا الطبقتين ، يحيط بالرئة من جميع جهاتها وكيف أن التصبب المتجمع بين طبقتيه ، مصلا كان أم صديديا ، يسبب ضغطا على الرئة الأخرى وربما أزاح القلب عن مكانه . فربما يتصور القارىء ، بعد هذا الوصف ، أن التصبب المصلى أو السائل الكثيف لا يوجد الا بين طبقتى البلورا فى الجنب . وهذا خطأ . فقد نجده بين طبقتى البلورا ، المجاورة للقلب ، فينفخ البلورا ويضغط على المركز المجاور ويزيح القلب وربما ملأ الفراغ الذى نسميه المنصف الصدرى(١) . فأننا نجد ، فى التهاب البلورا الصدرى الرطب ، كمية من الافراز ، أحيانا وراء الرئة وأحيانا تحتها وربما عن يمينها وفى بعض الحالات حولها . وهذا الافراز يزحزح القلب بالنسبة الى حجمه وقوة تأثيره فى المنصف الصدرى .

يصعب علينا أحيانا تشخيص هذه الحالة ، عند ما لا تكون كمية السائل كبيرة . فاذا كان الافراز كثيرا وتمكنا من سماع أصمية ، بواسطة النقر بالأصابع ، تطرق أحيانا الى الذهن استنتاج آخر وهو وجود ورم أو نمو جديد غريب داخل الصدر . لذلك لانستطيع البت فى الحالة نهائيا ، الا بالفحص على لوحة أشعة اكس ، أو بتصوير صدر المريض .

---

(١) Mediastinum : فراغ فى الصدر عند تفرع الشعبتين .

وقد لا نتمكن، بعد هذا كله، من الوصول الى تشخيص أكيد، فنلجأ اذ ذاك، الى ابرة طويلة أو آلة بازلة، ندخلها فى الجنب أو فى أى جزء من الصدر نرتاب فى وجود سائل فيه، حتى اذا أظهر لنا البزل أن هناك ارتشاحا، فحصناه فى المختبر لنتحقق من نوع الاصابة.

يعرف الكثيرون منا أن الرئة ليست كتلة واحدة، بل اجزاء، يدعى كل منها فص. فالرئة اليمنى، التى ترتكز على الكبد، لها ثلاثة فصوص والرئة اليسرى، التى تحتضن القلب، لها فصان. وبين هذه الفصوص، فتحات، فيها طيات وانعكاسات البلورا. ففى هذه الفتحات، بين الفصوص، يتجمع الافراز أحيانا. ولو نظرنا الى الرئة، أثناء الكشف باشعة اكس، لرأينا الافراز باديا كأسفين بين فصين منها وربما أنبأنا الفحص، بسماع الصدر، بوجود احتكاك بين طبقتى البلورا الملتهبة وأسمعنا ضعفا فى اللغظ الحويصلى(١).

قد لا يؤدى بنا خرز الصدر الى نتيجة، حتى ولو استعملنا ابرة أو آلة بازلة طويلة. ففى هذه الحالة نكشف على المريض بالاشعة ونصور صدره وهو مائل الى جانب واحد، فنتأكد عندئذ اذا كان هنالك سائل أم لا.

اذا تسرب الارتشاح الى داخل أحد الفصوص، بعد ثقب غشاء البلورا الاحشائى، أصبحت الاصابة مختلطة وربما ارتفعت الحرارة وبصق المريض افرازاته البلوروية وساءت حاله وأصبح شفاؤه متعذرا. ورب سائل يقول: ماذا يحدث، من التغييرات، اذا بقى الافراز المصلى أو الصديدى فى تجويف البلورا؟ وكيف نجد البلورا نفسها؟ وعلى هذا أجيب: نجد هذا الغشاء أكثر كثافة عن ذى قبل. ونلاحظ نقصا فى مقدرته على امتصاص الهواء، (لو عالجنا الرئة بادخال الهواء بين طبقتى البلورا)، فيبقى الهواء مدة طويلة بين هاتين الطبقتين اللتين

(١) Vesicular murmur

ارتشح منها الافراز . وينتج من ذلك التصاق البلورا الجدارية بالرئة التصاقا يعرقل حركة انقباضها عند الزفير . فاذا زادت الالتصاقات ووصلت الى الأنسجة الرئوية نفسها ، أحدثت فيها تليفا وانكماشا وشدا بالأضلاع الى الداخل ، فتضيف تلك الجهة من القفص الصدرى . فالتطور الليفى فى الأنسجة ، هو الذى يسبب هذا الانكماش ويكفن الأجزاء المصابة بما فيها من مكروبات ويغلفها ويحول دون تقدم واتساع التهاباتها . ولذلك نقول: اذا كانت الالتصاقات البلوروية تعبث بسهولة التنفس ، فهى ، من جهة أخرى، تعمل على كبح جماح الاصابة .

اذا عالجنا الرئة بنفخ البلورا ، يحدث أحيانا ارتشاح يترك ، بعد امتصاصه ، التصاقات تثبت الرئة ، فى وسط الصدر ، أي تجعلها كما كانت وهى خالية من الهواء وتمنعها من الانبساط . وأحيانا تترك هذه الحالة ، بين الالتصاقات فى تجويف البلورا ، فراغا نضطر معه ، حتى بعد الشفاء ، الى الاستمرار فى ملئه بالهواء لمنع ألم المريض أو قلقه .

وقد يسأل القارىء: لماذا يسبب ادخال الهواء بين طبقتى البلورا ارتشاحا؟

فالجواب :

١ ـ أن ادخال الهواء ، بكمية كبيرة بين طبقتى البلورا الحساسة ، يضغط جدرانها مغطا ، يحدث فيها تجريحا ، فيهيجها . وهذا هو سبب الارتشاح .

٢ ـ تعرض المريض للبرد وهو يحمل هواء فى تجويف البلورا ، ولو بكمية قليلة ، يسبب ارتشاحا .

٣ ـ الضغط الهوائى على الرئة قد يسبب انتقال بؤرة درنية الى البلورا فتحدث ارتشاحا .

٤ ـ التسمم في البلورا ، على أثر ادخال الهواء ، يحدث ارتشاحا . ولكن من الخطأ أن ننسب هذا التسمم الى الابرة التى ندخله بواسطتها . بل أننا ، بضغطنا على الرئة ، ندفع بالباشلس وبالمكروبات الأخرى ، الموجودة فى بؤر درنية بعيدة عن البلورا ، الى سطح الرئة، فتنتقل منها الى طبقة البلورا الاحشائية ، التى تغطيها وتصيبها اصابة حادة .

أما علاج ذات البلورا الدرنى فمعرقل جدا ويختلف كثيرا . فلنترك التفاصيل للاخصائى ولنكتف بالرئيسيات .

يهمنا جدا أن نفرق بين التهاب البلورا ، الذى يحدث أثناء العلاج بالهواء الاصطناعى والتهاب البلورا ، الناتج من التدرن فى البلورا نفسها .

يجب أن لا نبزل الافراز المصلى أو الصديدي من الصدر وهو فى حالة التجمع . ويجب أن لا نعيد الكرة ونستعمل طريقة التفريغ مرارا من غير أن تدعونا الحاجة الى ذلك. وينبغى ألا نغفل أمر الاشتراكات ، التى يمكن أن تظهر وتؤخر الشفاء ، كالناسور الدرنى مثلا .

يجب تفريغ السائل تدريجيا . والأفضل ادخال الهواء خلال التفريغ . فنمنع التغيير الفجائى فى الضغط الداخلى . وأحيانا ، ندخل فى جوف البلورا زيتا معقما(١)، نمنع بواسطته، ظهور الالتصاقات الكبيرة ، التى توقف فيها بعد حرية الحركة فى الرئة والبلورا .

فى التهاب البلورا البسيط ، نوقف ادخال الهواء اليها ونشير على المريض بان يأوى فراشه ونصف له المدفئات على الجانب المصاب . أما العلاج بالأشعة فوق البنفسجية وغيرها فيساعدنا كثيرا .

---

(١) Oleothorax

يزداد افراز البلورا ، فى مدة الطمث ، عند النساء المصابات بالتدرن ، فيستحسن، عند معالجتهن وهن فى هذه الحالة ، أن لا ندخل الهواء فى تجويف البلورا . واذا كان لا بد من ذلك ، فيجب أن لا نصل الى ضغط ايجابى .

واذا كانت الرئة مثقوبة ، نوقف ادخال الهواء الى البلورا ونجتهد ، علاوة على ذلك ، فى اخراج الهواء الموجود فيها وربما التجأنا ، تحت خطر احداث ناسور درنى مستعص فى جنب المريض ، الى فتح جدار القفص الصدرى بقطع أو بنزع أحد الأضلاع وفتح البلورا وتفريغ كل افراز مصلى أو صديدى واخراج الهواء من الرئة وتهبيطها .

وفى حالة تسمم البلورا وخشية انتشار المرض فى الجسم كله ، لا يحسن اجراء فتحات واسعة فى البلورا ، الا اذا أضطرتنا الحالة الخطرة الى ذلك .

ومن الممكن تجربة العلاج بالتلقيح وبالمصل الواقى لمحاربة الاصابة المختلطة.

وبالاختصار ، يمكننا أن نقول أن القواعد الثلاث الآتية ، تساعد على تقليل الارتشاح وهى :

١ ـ عدم نفخ الهواء فى تجويف البلورا ، أثناء مدة الطمث .

٢ ـ ملاحظة درجة الحرارة ومراقبة أى ارتفاع فيها ، بعد ادخال الهواء .

٣ ـ عدم ادخال الهواء الى تجويف البلورا ، بكميات كبيرة والوصول الى ضغط ايجابى شديد . وعلى الأخص ، فى بدء ممارسة هذا العلاج.

الفصل العاشر

كيف نجتنب العدوى

لا يسعنا الا القول بان انتشار السل يزداد تقدما ، فى جميع أنحاء العالم ، بالرغم من الجهود المبذولة لمكافحته ويظهر أن الحالة، فى الحرب العالمية الكبرى وبعدها، ساعدت المكروب على الفتك بالبشر . فان المنهوكى القوى ، من رجال ونساء والمصابين بلين العظام، من أطفال أسيئت تغذيتهم ، يقعون بسهولة لدى اصطدامهم بهذا المرض الفتاك !

منذ أربع سنوات ذهبت الى بلاد المجر(١) . تلبية لدعوة رسمية من حكومتها ، وقضيت فى ضيافتها مدة ستة أشهر. فاتيح لى وقتئذ أن أتفقد مصحاتها ومستشفياتها ووجدت أن هنغاريا ـ تلك البلاد المشهورة باراضيها الواسعة ومزارعها الغنية وفاكهتها اللذيذة ـ أصبحت فريسة سائغة لباشلس كوخ ! وبودابست ، تلك المدينة الجميلة، ذات المناظر الساحرة الخلابة ، التى امتازت بموقعها على الدانوب بمحاسن جعلتها ، وهى تعانقه معانقة الحسناء للمحسن اليها، من عرائس الشعر وفرائد العواصم ، تحتوى على أكبر عدد لاصابات التدرن ، بالنسبة الى غيرها من العواصم الأوربية !

جاءتها الحرب بالفاقة والعوز ، فعاش سكانها على الذرة والحشائش فى تلك الأيام السود ، حيث احتكرت المواد الغذائية للوحدات المحاربة ، فكانت قلة الغذاء مسعفة للمكروب على بسط سلطانه ، لا انعدام الهواء النقى ولا قلة الحقول ، كما يتوهم البعض ! لأنه قد يعيش الانسان فى الغرف النظيفة الضيقة ، فى عمارات المدن الكبيرة، المتلاصقة ولا يصاب بالتدرن . أن السبب اذن هو

---

(١) Hungary

ضعف مناعة الفرد الداخلية: أى نقص الفيتامين(١) والأوبسونين(٢) فى دمه. أو بعبارة أصح ، هو نقص الغذاء .

أن للتغذية والمحافظة على الوزن المعتدل ، الشأن الأول فى وقاية الجسم . فالى العناية بالغذاء المناسب لأطفالنا وابعادهم عن الأوساط الملوثة بالمرض ، ينبغى أن تصرف الجهود وتبذل المساعى . وحذار من الاهمال الذى يبطل فعل العلاج .

اريد الآن أن أذكر بعض الأمور التى، اذ أهملناها ، تمكن منا الداء وعز الدواء :

أولا ـ الزكام المهمل: اذا سألنا طبيبا ذكيا، خبيرا بالزكام، عن نتائج الاهمال، كان جوابه على الفور: أن اهمال الزكام هو غالبا الطريق المؤدي الى مرض التدرن.

أن كثيرين ، من الناس ، يعتقدون بان السل لا ينتقل الا بالوراثة ، فاذا لم يتلوث به أحد أسلافهم، يكونون بمنجاة منه ، فلا يستطيع أن يجد بابا يدخل منه عليهم ، مهما ارتكبوا من الأغلاط وخرجوا فى معيشتهم عن القواعد الصحية . اذا أصيبوا بزكام شديد . لا يكترثون لنتائجه ، بل يتركونه يتضاءل ويزول تدريجيا من تلقاء نفسه . أن الزكام ، قد يبدأ بتوسط بسيط من جراء الجلوس فى مجرى هواء شديد، فيحدث رعشة بسيطة ، تنقلب لأقل اهمال . الى نزلة والتهاب فى القصبة الهوائية وشعبتيها وهذا يسبب ما نسميه « نزلة قصبية شعبية » ، معروفة عند العامة « بالنزلة الصدرية » .

نرى المريض يشكو ، فى بادىء الأمر ، اعياء مصحوبا بسعال حاد ، جارح

---

(١) Vitamine : مواد مقوى موجود فى زيت السمك والحامض وقشر التفاح وغيرها من المأكولات والفواكه .

(٢) Opsonine : مواد فى الدم يقوى الكريات البيضاء على الفتك بالمكروبات

مع ألم خلف القص (١) وربما مع احتقان فى الحلق وحمى بسيطة أيضا . ثم نراه بعد حين ، وقد قل سعاله وأصبح بصاقه كثيفا لينا ، فيظن فى نفسه التحسن . أما الحقيقة فهى أنه لم يتقدم نحو الشفاء قيراطا واحدا . وهذا هو دور الاهمال الفظيع ، حيث يبتدىء الانقلاب المحزن .

لو أن ذلك السعال المؤلم الممزق، الذى أصبح الآن لينا،هينا،عديم الأهمية، استمر فى شدته ، لبحث المريض عن علاج للتخلص منه . أما وقد أصبح خفيفا ، لا يسبب ألما ، فان المريض لا يبالى به ولا يعبأ بعواقبه ، بل يزاول عمله اليومى كانه قد شفى تماما ـ هنا الخطأ الذى لا يغتفر ! والذنب الذى لا تنفع معه التوبه !

لنوضح لمثل هؤلاء الناس ، الخطر الذى يستهدفون له والنتائج السيئة التى تترتب عليه فى مستقبل حياتهم ـ ذلك المستقبل الذى عليه يتوقف ترقية المجتمع، بزيادة الانتاج وتحسين النسل ـ لنوضح لهم أنهم لا يسيئون فقط لأجسادهم ، بل يخالفون القوانين الاجتماعية وبذلك يجنون على الانسانية بأجمعها ، فماذا يظنون بنا ؟ يعتقدون بلا شك أننا نغرق فى المجون أو أننا من الذين تعمر بهم مستشفيات المجاذيب ! قل لأولئك: «انتبهوا لأنفسكم ! أن الرشح المهمل يقتل!» تجدهم يتذمرون منك ويهزأون من نصائحك ويفضلون الحديث عن كواكب السينما والمفاضلة بين الأماكن التى تصلح لقضاء سهرتهم . وكم من السيدات ، يخرجن ليلا ، نصف عاريات وفى ملابس خفيفة شفافة ، ويسهرن الى ساعة متأخرة من الليل البارد !

أن المتمدن يجهل أوليات علم الصحة . فبينما هو يعرف أسماء أسرع الطيارين أو أشهر المصارعين وأبرع الممثلين ، نجده يجهل من هو « كوخ »

---

(١) Sternum عظمة فى وسط الصدر تنتهى اليها الاضلاع .

أو « كالمت » ، وماذا فعلا ، فى سبيل الانسانية ، من ازالة آلامها وأوجاعها وشفاء أسقامها .

كم أود أن أكرر آلافا من المرات لقراء هذا الكتاب ، أنه من الخطر أن يسعل الفرد أكثر من أسبوعين وأن الرشح البسيط يجب أن ينتهى فى مثل هذه المدة ، فاذا تجاوزها، أصبحت الحالة غير عادية وأصبح من اللازم أن نضع لها حدا نهائيا ونعالجها علاجا فعالا . والذين يظنون بى المبالغة فى الانذار ويبتسمون بتهكم ، عند قراءة هذه السطور ، أقول :

أن الجهد، الذى يسببه السعال ، يبدل الضغط السلبى فى التجويف الصدرى خلال السعال ويسبب ضغطا ايجابيا ضمن الشعيبات الشعرية والعيون الرئوية ويمددها فجأة . وهذا « المد والجزر » ، الفجائى الشديد المستمر ، يصلب أليافها المرنة ويغير تكوينها ، فتصبح جافة ، غير متناسبة مع حاجة الشهيق والزفير . والمرض الذى نسميه « الربو » هو احدى هذه الحالات .

واذا انتهى هذا الاضطراب فى الرئة ، الى اختلال فى التنفس ، فماذا تكون النتيجة ؟ يبدأ القلب بالتعب ، ثم يتضخم وربما بدأ فقر الدم وظهر ضعف المناعة العمومية . واذا دامت الحال ، على هذا المنوال ، فلا بد لباشلس كوخ من انتهاز الفرصة المناسبة للنزول الى الميدان كالفاتح المتيقظ المتربص ، الذى يتخذ ما يبدو له من اضطراب فى بلاد مجاورة له ، سبيلا الى الاغارة عليها ودخولها فاتحا .

أن علاج الزكام ، فى الغنى وفى الفقير على السواء ، هو راحة وهواء نقى وطعام مغذ . أعنى بذلك الانقطاع عن العمل والاستراحة فى غرف يتجدد فيها الهواء ويدخلها نور الشمس .

عند ما أرى العمال، القليلى التغذية والفقراء المهزولين ، فى شوارع القاهرة ،

عائدين، بعد نهار طويل من العمل الشاق، الى احيائهم القذرة وأزقتهم المظلمة ، يبيتون كل خمسة منهم أو أكثر فى غرفة صغيرة ، فاسدة الهواء ، لا تدخلها الشمس ، لا يسعنى الا الرثاء لحالهم والاشفاق عليهم من العلل والأمراض . ولا سيما مرض الزكام ، الذى يذهب بمناعة أجسامهم ويعرضها للاصابات الدرنية الفتاكة . فهؤلاء لا يمكننى ارشادهم الى طرق الوقاية الكافية ، لأنها تتطلب غذاء وافرا ومساكن نظيفة ، معرضة للشمس والهواء النقى وراحة ، من عناء الأعمال ، لا تسمح لهم بها أحوالهم المادية . لذلك أوجه كلامى الى ذوى المقدرة ، الذين تمكنهم ظروفهم من اتباع نصائحى ، فأقول :

اذا أصبت بزكام شديد ، الزم غرفة تواجه الجنوب وافتح نوافذها ما استطعت . لا تجلس فى أشعة الشمس الشديدة ! أن الاعتقاد السائد ، أن حرارة الشمس القوية تساعد على التخلص من الزكام ، هو اعتقاد فاسد . فكثيرا ما رأيت حوادث ارتفاع الحرارة أو اصابات بالروماتزم العضلى أو المفصلى ، تتبع هذه العادة الطائشة . وكان يدهشنى أن أرى أكثر المصابين بها من أذكياء الناس . لذلك أصر على وجوب الاقلاع عن هذه الأساليب العقيمة التى يصفها العامة ويمارسونها عن جهل وقلة اختبار وادعاء المعرفة .

نم ونوافذك مفتوحة ، الا فى الليالى التى يكون فيها الهواء شديدا . ولا تنم فى مجرى الهواء ، مهما كان غطاؤك ثقيلا . وبعبارة أصح : لا تضع سريرك بين نافذتين مفتوحتين أو بين نافذة وباب . واذا سكنت فى الطبقة الاولى من المنزل ، فى وسط مدينة كبيرة ، أنصح لك أن لا تفتح النوافذ ليلا ، لان الغازات المنبعثة من المجارى ، فى وسط المدن ، فى ساعات الليل ، تفسد طبقة الهواء السفلى .

يجب أخذ كميات وافرة من الاطعمة النشائية والازوتية والدهنية ، كاللحوم

المشوية وعلى الاخص لحم العجول واللبن والبطاطا والارز والبيض والخبز والزبدة والفواكه الناضجة والمربيات. ولا بأس بالحجامة (اخذ كاسات هواء) ووضع لزقة على الظهر أو على الصدر . اما اذا كان الزكام شديداً ، مزمنا مستقراً فى قرارة الصدر ، لزم علاجه بأكثر مما ذكرت هنا ،(من الهواء النقى والطعام المغذى والراحة التامة) . وربما اقتضى الأمر حجامة دم ، من ظهر المريض واعطاء مواد للاستنشاق وجرعات من عقاقير. وكثيراً ما نصف للمريض شيئا من المسكنات للسعال، مع تركيبات بخورية(١) او قطرانية وليمونات الصودا او اليود.

ثانيا - فقر الدم الاخضر او الأنيميا الخضراء . وفقر الدم البسيط والخبيث:

من اهم الاسباب ، التي تعرّض وتهيء الجسم لمرض التدرن، الأنيميا أو فقر الدم وعلى الأخص النوع الخبيث .

يعلم القارىء ان الدم يتركب من جزئين : السائل المسمى بلازما وهو سائل قلوى، زلالى ، يحوى كمية كبيرة من الاملاح. والجزء الجامد وهو الكريات الدموية واغلبها الكريات الحمراء ، التي يبلغ عددها خمسة ملايين فى المليمتر المكعب الواحد فى الذكر واربعة ملايين ونصف فى المليمتر المكعب فى الانثى. ثم الكريات البيضاء ، التى هى بنسبة خمسة آلاف الى سبعة آلاف كرية فى المليمتر المكعب ، فى كلا الجنسين . وكما نقرأ فى علم مبادىء الصحة ، يمكننا تشبيه الكريات البيضاء بجنود تحمى اجسادنا من غائلة الجراثيم ، مدافعة عنا بكل شجاعة ، مضحية بنفسها ، اثناء ذلك الدفاع . اما الكريات الحمراء ، فتحترى على الهيموغلوبين(٢) وهى المادة البلورية(٣). وبينها وبين الاوكسجين، ألفة كيمائية تجعلها قادرة على خزنه فى الجسم . والاوكسجين ضرورى لأشعال الحرارة الداخلية، التي لا بد منها لبقائنا وحفظ توازننا الكيمائى وتجديد اجهزتنا.

(١) راتنجيه :. Resinous (٢) Hemoglobin (٣) شفافه

وهذه الكريات ، الحمراء والبيضاء على السواء ، تضطرب فى تركيبنا ، اذا أصيب الجسم بفقر الدم .

ندعو فقر الدم المرض الأخضر ونجده منتشراً جدا ، بين الفتيات الصغيرات، اللواتى هن بين الرابعة عشرة والعشرين من العمر . ويكون لون الجلد مخضرا . ويظهر ان سن البلوغ وما يتبعه ، من حالات غير طبيعية ، يحدث تأثيراً فى نوع وكمية خلايا الدم .

فاذا ما اتبعنا طريقة كثرة التغذية ، بالاطعمة المفيدة وأخذ زيت السمك ، فى فصل الشتاء والأدوية المقوية المحتوية على صديد وزرنيخ وفوسفور وخلاصة الكبد ومستحضرات دم الحصان وغير ذلك ، من العقاقير والهواء الطلق ، النقى والنوم فى غرفة يدخلها نور الشمس ويجدد فيها الهواء وممارسة بعض التمرينات البدنية والحمامات الدافئة والباردة ، حينئذ يتقوى الجسم ويتغلب على الأنيميا الخضراء .

أن فقر الدم ، بسيطا كان أم خبيثا ، نجده فى الذكور والأناث على السواء ولكنه يكثر فى الأناث وينقسم الى قسمين :

ا ـ الأنيميا الأساسية وهى مرض أولى ، يؤثر عموما على بنية الجسم وعلى الأخص ، على الغدد وافرازاتها الداخلية وعلى حالة كريات الدم . وقد يكون ، من جملة أسبابه ، النوع المرتشح لباشاس كوخ الوراثى .

ب ـ الأنيميا المكتسبة وهى مرض ثانوى ، تنشأ عن مرض آخر حاد كالحمى التيفودية والروماتزم المفصلى الحاد المضعف للقلب والملاريا ، والزهرى والبلهارزيا والأنكيلوستوما وبعض الاصابات العفنة ، الناتجة من تجيج الأسنان وتقرّح اللثة (١) ومرض الزائدة الدودية والمصران الأعسور ،

---

(١) Pyorrhea

المزمن وباشلس القولون العادى فى الدم أو فى البراز أو هى نتيجة لوجود طفيليات مختلفة فى الجسم . ففى هذه الحالة لا بد أن تظهر هذه الاعراض وهى شحوب الوجه وخلو الشفاه من احمرار الدم فيها ولون الجسم الشمعى عموما .

وكلا النوعين (الأنيميا الأساسية والأنيميا المكتسبة) يمكن تطورهما الى حالة شديدة نسميها : « الأنيميا الخبيثة » ونميزها باعراضها الشديدة الوضوح .

كم من المصابين بالأنيميا ، بدلا من استشارة طبيبهم ، يبادرون الى شراء دواء جاهز أحرز شهرة بالاعلان أو أوصى به صديق وهم لا يدركون أن لكل حالة من حالات « فقر الدم » سببا خفيا يختلف باختلاف الأفراد . فكم يجد الطبيب المعالج أن التهاب اللوزتين . فى الأولاد بين الثامنة والثانية عشرة، يفتح الباب على مصراعيه لتسرب المكروبات منهما الى الدورة الدموية واللمفاوية ، فتسمم جسم الولد كله . وربما أصيب ، من جراء ذلك ، بروماتزم مفصلى وضعف فى القلب . ففى حالات كهذه ، يصبح معالج الأنيميا بالادوية الجاهزة ، كمن يملأ حوضا بالماء قبل أن يسد ثقبا كبيرا فى قعره . وكم يسبب الانيميا احتباس الهواء الذى نستنشقه وقلة تجديده ساعات طوالا فى حجرة الدرس أو مكتب العمل أو جلوس العامل ، بشكل خاص يتطلبه عمله اليدوى كالانحناء الطويل . أو حرمان المرأة جسمها من الغذاء . محافظة على اعتدال قوامها ونحافته . ولعمرى أن النحيفات الضعيفات لسن بخير الامهات .

وهناك سبب آخر للأنيميا وهو لحمية الانف وعظمة متضخمة فى داخله ، نضطر الى استئصالها لاصلاح مجرى التنفس .

أرأيت أيها القارى ، كيف أن الادوية والعقاقير المعلن عنها والمقويات المترددة على الالسن ، غالبا ما تفشل وتعجز عن شفاء الانيميا ؟

ثالثا - داء الخنزير (الخنازير) - العقد الخنازيرية

لا بد أن يكون القارىء قد سمع أسم هذا الداء الذى اسميه «عتبة السل». فما هو؟

هو ضعف عمومى ، فى الغدد اللمفاوية ، نعرف أن له علاقة متينة بسموم باشلس كوخ الوارثى غير المنظور ، تصبح معه الغدد عاجزة عن حماية الجسم من هجمات الأمراض الاخرى .

نرى وجوه الشبان المصابين بهذا المرض شاحبة وشفاههم منتفخة وجلدهم شفافا وعضلاتهم رخوة . وربما أصابهم المرض من التهاب فى الانف أو رائحة كريهه فيه، أو التهاب صديدى فى الاذن ، أو سوس فى الأضلاع ، أو خَصَر(١) فى الأطراف صيفا وشتاء ، أو ورم فى مفصل الركبة . ولا أكون بعيدا عن الصواب ، اذ قلت أننا أحيانا ، نجد هؤلاء يتحدرون من أسلاف أصيبوا بمرض الزهري . فمرض الزهرى هذا ، وراثيا كان أم مكتسبا ، يضعف مناعة الأنسجة ويهيئها لمرض التدرن .

فمن واجباتنا الأولى ، أن ندرس حالة المصابين الوارثية واستعداداتهم الطبيعية قبل معالجتهم . عندئذ يأتى العلاج ناجعا ، يرد عن هذه الأمة ، اسوأ عواقب الاهمال .

---

(١) تصقع الاطراف . وهو نوع من السل الجلدى ، الشبيه بالحقيقى ، Chilblains ;

الفصل الحادي عشر

التدرن خارج الجهاز الرئوى

اول ما يتبادر الى الذهن ، عند ذكر مرض السل ، هو السل الرئوي . فقلما نتصور المرض فى مكان غير الرئة من الجسم . ولا يعجبن القارىء اذن حين اقول ، ان باشلس كوخ يهاجم جميع اجزاء الجسم تقريبا . فالى الفصول الآتية ، عن السل خارج الرئة ، ألفت نظر القارىء واسترعى انتباهه .

سأخصص بعض هذه الفصول للتدرن الجلدى او سل الجلد . واحاول معالجة الموضوع بايجاز ، بتقريبه الى ذهن القارىء ، مجتنبا جهد طاقتى ، العبارات الفنية الصعبة والاصطلاحات الطبية غير المألوفة .

يصعب علينا ان نلم بجميع اعراض السل الجلدى المتعددة واسباب اختلافها ، فهى لا تزال غامضة علينا . فأننا نرى نطس الاخصائيين يتلمسون طريقهم اليها تلمسا ويبدلون العلاج كلما تبدلت الحالات المختلفة وقل وضوحها . فحوادث السل الجلدى ، التى تمر على الطبيب كل يوم فى غرفة استشارته ، متعددة الانواع متماثلة الاشكال ، فتسهيلا لفهم الموضوع وتقريبه الى الاذهان ، رأينا بعد الدرس الطويل ، ان نقسمها الى ثلاثة اقسام رئيسية :

اقسام السل الجلدى :

الأول : الحقيقى

الثانى : الشبيه بالحقيقى (١)

الثالث : المبهم

وسأفرد لكل من هذه الاقسام فصلا خاصا واتبعها بفصل آخر اضمنه اساليب العلاج .

---

(١) Tuberculids

الفصل الثانى عشر

السل الجلدى الحقيقى

أن سل الجلد الحقيقى انما هو تدرن واضح فى الجلد، نجد فيه غالبا باشلس كوخ . فاذا حقنا خنزير غينيا بارتشاحات قروحه ، ظهرت فى غدده بعد مدة ، جميع اعراض السل . حتى أن المكروب يعود الى الظهور فى الخنزير ولو كانت الارتشاحات ، التى حقن بها ، خالية منه .

وتسرى العدوى بطرق ثلاث :

عدوى اللمس الخارجية : أن الأطباء البشريون وأساتذة علم الأمراض والأطباء البيطريون والجزارون ودباغو الجلود ، جميع هؤلاء يتعرضون لهذا النوع من العدوى باللمس . وكذلك ينقل المريض العدوى أحيانا الى نفسه بمجرد ملامسة بصاقه أو من خدش جلده ، باظافر لوثها المكروب . ونرى العدوى أحيانا، تسرى بعد الختان أو ثقب شحمة الأذن. على أن التغيير الفجائى فى حرارة الجلد ، يساعد على طرد المكروب عنه ، فلا يصاب به ما لم يتعرض له تعرضا شديدا .

العدوى الذاتية : تسرى العدوى من بؤرة درنية فى عظمة أو فى غدة مجاورة ، يجرى منها المكروب فى الأقنية اللمفاوية المحيطة بها ويرسو فى الجلد.

عدوى الدم الداخلية : يجرى المكروب فى الدم ، آتيا من أنسجة درنية فى الجسم ويدخل فى طبقات الجلد .

يتساوى النوعان البشرى والبقرى من باشلس كوخ فى نشر السل الجلدى الحقيقى . وتصاب به النساء أكثر من الرجال والقاصرون أكثر من البالغين .

وله صلة خفية بسل الرئة . فقد وجد الأستاذ روست ، أن ٤ر٥ فى المئة من المصابين بسل الجلد ، مصابون كذلك بسل الرئة . ودلت الاحصاءآت فى برلين، على أن من بين ١٢٠٠ حادثة التهاب درنى جلدى ندعوه ذئبة ، ٢١ فى المئة كانت اصابات بالسل الرئوى . ومن بين ١٢٠٠ حادثة التهاب درنى فى الغشاء المخاطى ، ٤٢ فى المئة ، أي ضعفا العدد السابق ،كانت من اصابات هذا السل .

لقد ذكرنا مرض الذئبة فلننتقل الآن الى درس أنواع السل الجلدى الحقيقى مبتدئين بأهمها :

· سل الجلد الذئبي . أو مرض الذئبة(١) هو النوع الأعظم أهمية والأكثر انتشارا. ينشأ بسيطا محدودا فى الأنسجة الجلدية وعلاجه سهل جدا ، اذا نحن تداركنا كل التهاب جلدى يستمر أكثر من شهرين فى المريض وعالجناه باعتباره مرض الذئبة . ولا يجوز اهمال هذا المرض الى أن يتسع ويتقرح . فكلما اتسعت دائرة الأنسجة المعتلة عز شفاؤها .

يسهل علينا تشخيص الذئبة ، اذا ضغطنا بملوق(٢) زجاجى على الجلد . فان الدم يختفى من الجلد ويظهر عليه ، أي على الجلد، من خلال الزجاجة الشفافة ، عقد درنية ملتهبة يبلغ معدل حجمها من ١ — ٣ مليمترات . وتبدو بارزة أو مسطحة أو منفصلة أو متصلة ، لونها أحمر أو أحمر برتقالى أو أصفر رمادى . وهنالك طريقة أخرى للتشخيص وهى: ثقب الجلد الرقيق الشفاف بابرة خاصة لشرط الجلد ، فاذا دارت الابرة تحت الجلد بسهولة ،كأنها فى حفرة أو مكان فارغ ، استنتجنا من ذلك أننا نواجه اصابة جلدية ذئبية .

لهذه العلة أنواع عديدة : فالجلد ، الذى يغطى الأنسجة المعتلة ، يكون متقرحا أو متضخما أو مبرقا ذا ثآليل(٣) أو أكالا كالقروح الساعية (٤)

(١) Lupus Vulgaris أو : Tuberculosis Luposa (٢) أصبع زجاجى مفلطح يستعمله الصيدلى لمزج المراهم . (٣) Verrucous (٤) Serpiginous

أوقشريا(١) أو قباويا أكزيميا(٢) أو فيليا(٣) أوصدفيا(٤) أو حصفيا(٥) أو غير ذلك . ويمكن ظهورها ، فى أى مكان من الجلد ، بأشكالهـا المختلفة ولكنها أكثر ظهورا على الأنف والشفة العليا والخدين والأذنين.فاذا تركت، بدون علاج ، ربما شوهت هذه الأجزاء كلها . ولعل هذا هو المرض الذى أصيب به أيوب كما تحدثنا التوراة . على أن بعضهم يقول بأنه أصيب بداء الزهرى وآخرون بالجذام .

لا نجد الذئبة عادة على الجلد ، حيث يكثر الشعر وبذلك نميزهـا عن الذئبة المحمرة.وفى الغالب نجدها على الرقبة وقليلا على الأطراف أو على البدن. أما الغشاء المخاطى، فيصاب كثيرا بمرض الذئبة ، الذى نجده فى مجارى الانف العليا ، حيث يمكنه مهاجمة المآقى. بل يذهب الى أبعد من ذلك، فقد يدخل الفم ويصيب اللثة وسقف الحلق واللسان والحنجرة. وهناك تبدو اعراضه ونتائجه كما تبدو على الجلد الخارجى . وقد سبق وصف لونها الاحمر البرتقالى وشكلها وظهور عقدها تحت الملوق واذا اعتل الغشاء المخاطى، احمر وغطته البثور(٦) وتقرح أحيانا وانتشر فوق جلد رفيع رمادى اللون . أو أصبح بعكس ذلك ، محفورا منقوبا . ويتطور المرض ، حتى فى هذا الدور ، ببطء كثير ، حتى أن الطبيب لا يرى اختلافا فى مظهره بين زيارة وأخرى .

يبتدىء هذا المرض فى الحداثة ويتطور فى سن الشباب . ثم يصل الى سن الشيخوخة ، بعد أن يكون قد شوه جزءا من الوجه أو الوجه كله أو العنق والاذنين وربما شوه الانف (كما يرى القارىء فى الرسم الآتى) . وكما يقول الاستاذ كوجيرو(٧) : ربما استمرت الاصابة على حالها ، بلا تغيير ، شهورا

Psoriasis (٤) Elephantiasis (٣) Eczematous (٢) Squamous (١)
H Gougerot - Paris (٧) Papules (٦) Impetigous (٥)



سل الجلد الذئبي
أو مرض الذئبة

متعاقبة، ثم تستيقظ دفعة واحدة وتتقدم بسرعة،تارة بلا سبب واضح وطورا بعد مرض حاد معد ، كالحصبة . حتى أن الحمل والرضاعة من الثدى ، كثيرا ما يؤديان الى اشتداد الاصابة ثانية وكثيرا ما يبدأ المرض فى نقطة من الجسم، ليظهر فى غيرها .

أن أواسط الانسجة الجلدية المحتلة أسلم نسبيا من أطرافها . أقول نسبيا ، لان العقيدات الذئبية لا تبرأ أبدا ، بل أنها فى أخف أدوار المرض ، تبقى تقريبا على حالها . وربما استمر التطور البطىء بدون أن تحصل اشتراكات أو مضاعفات موضعية . واذا حصلت رأينا الاشتراكات الآتية :

الذئبة السرطانية : تطور فى الانسجة المعتلة الذئبية، يعالج بأشعة اكس المرشحة.

الاحشائية : التهاب درنى ، فى الغدد اللمفاوية ، تبقى عادة متصلبة وتشفى . أو تلين أحيانا ، حتى يتقرح الجلد فوقها ويؤسس ناسورا درنيا ، تقترن به اذ ذاك اصابة جديدة ذئبية .

الثانوية : كالتهاب الاوعية اللمفاوية . يقال أنه اذا حدث اصابة ثانوية بالحمرة ، فأنها تساعد على شفاء التقرح الناتج من الالتهاب الجلدي الذئبي .

النوبات الحادة : تظهر مصحوبة بورم واحمرار وربما بارتفاع الحرارة ويصاب المريض بتوعك عام . يجب أن نشتبه « بالذئبة » لدى كل اعتلال جلدى مزمن ولكن حذار من الالتباس بين الذئبة والزهرى . لشدة الشبه بين قروحاتهما . فالخلط بين الاثنين خطأ فادح ، عظيم الضرر ، بالنسبة الى الاختلاف الكبير فى معالجة هذين المرضين . أما اذا صادفتنا حادثة زهرى وذئبة مختلطة معا ـ وهذا نادر ـ وجب اتخاذ العلاجين المختلفين بكل حكمة . وفى هذا ما فيه من الصعوبة ، اذ ان احد العلاجين كثيراً ما يفيد من جهة

ويضر من جهة اخرى . فيتعين اذن على الطبيب المعالج اتخـاذ الحيطة الدقيقة ليحصل المريض على احسن النتائج .

يختلف مرض الذئبة عن الزهرى بمهاجمته وبفتكه بأجزاء العضو البدينة فى حين ان الزهرى ،كما يفعل بالانف ، ينخر العظم نفسه . وكلما اشتدت الذئبة ضيّقت مجرى الأنف وأكل الفم وتشوّهت الجفون وربما اصيبت الملتحمة وفقدت العين نظرها .

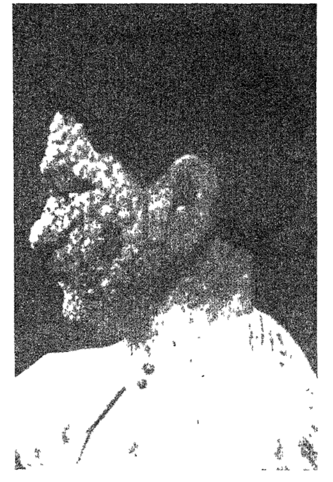
واذا قارنا بين مرض الذئبة والجذام، وجدنا الفرق بينهما كبيراً وكان تشخيصنا للمرض أسهل واسرع . فعقد الجذام اكبر وابرز واصلب من عقد الالتهاب الدرنى . ولونهـا بنفسجى غير شفاف وعند وخزها لا يحس المريض بشىء .

يقول البعض ان الالتهـاب الجلدي الذئبى قابل للشفاء من تلقاء نفسه . ولكن هذا نادر جداً . ولو حصل تحسّن ، لوجدنا الشفاء نسبيا سطحيا . وان القروحات الذئبية التى تكون قد شفيت ظاهراً ، لا تزال تحتوى عقداً درنية كامنة ، قد تصبح فعالة عند اول فرصة . وما التحسين الظـاهرى سوى مرحلة سكون يعود المرض بعدها الى الاشتداد . لذلك يجب ان لا نعول على هذا الشفاء الوهمى . ويتحتم علينا ان نبادر الى معالجة المرض بعد التشخيص .

ينبغى ان تكون المعالجة متواصلة ، مع الانتباه الشديد لئلا تكون القروح اندابا أو اليافا او التئآمات بارزة صلبة (تسمى جـدراً) (١) . فيجب والحالة هذه تدمير تلك البثور الذئبية واحدة بعد اخرى ، اذ لو بقيت واحدة منها كانت كافيـة لرجوع المرض الى الظهور . وبالاختصار ، ينبغى الاستمرار على مواصلة العلاج حتى يتم الشفاء . ولنفرض اننا ، بعد التلقيح

---

(١) Keloid



السل الجلدى الجذامى او الجذام الدرنى

بالتوبركولين ، وجدنا على الذراع قرحة ذئبية ، فاننا نمتنع حالا عن ادخال هذه المادة فى الجسم. واذا وجدنا مثلا ، قرحة ذئبية على الوجه اصلها فى مجرى الأنف ، (قد يكون الباشلس علق بالأنف بالاستنشاق مع الغبار) تحتم علينا معالجة مكان الاصابة الأصلى ، داخل الأنف ، لئلا تصل العدوى الذاتية الى القناة الدمعية فالمآقى . وربما وصلت الى سقف الحلق والبلعوم الخلفى والطنطلة والحنجرة ، فيكفى العلاج نجاحا اذا أدى الى تحسين الحالة ومنع الامتداد الى أنحاء مختلفة من الجسم .

تسيل أحيانا الى الخـــارج مادة صديدية من الاذن ، تحتوى على باشلس كوخ، فتحدث قروحا ذئبية فى شحمتها . واذا تجمعت تحتها ، عقد داء الخنازير أو كانت هى نتيجة ناسور درنى ، فان نحصل على الشفاء البتة ، ما لم نعـالج الأصل معالجة جدية تستأصل شافته . والقاعدة العمومية هى ، ان لا نكتفى بمعالجة الجلد الخارجى وأن لا نغتبط لو رأينا القرحة الذئبية تضمحل أمام العلاج ، بل يجب فحص ما تحت الجلد من غدد وعظـام ، للوصول الى منبع الاصابة الذى هو غالبا على مقربة من القروح الخارجية . واليك الأنواع الأخرى من السل الجلدي الحقيقى :

٢ ـ الجـاورسىّ المتبثر(١) . بثور صغيرة حمراء قاسية فى الوجـه كله ، لا تميل الى الاتساع ولا الى اللين. يبقى أثرها، بعد شفائها، نسيجا ندبيا ظاهرا. وهى أشبه بما نسميه «حب الصبى» فى وجوه الشباب . وتختلف عن «الذئبة» بخلوها من الارتشاحات وعن البثور العادية ، بانها لا تنفتح بالضغط عليها.

٣ ـ الرازي(٢) ثآليل ، كاللطخ القشرية الجافة ، فى طبقات الجلد الخارجية .

---

(١) Tuberculosis Luposis Miliaris Disseminata Faciei

(٢) Verrucous Tuberculosis

ترى غالبا على أطراف الأصابع ، أو حول الاظافر . ويتراوح قطرها بين ٥ مليمترات و ٥ سنتيمترات . وهى من نوع العدوى الخارجية ، نجدها كما بينا فى ما تقدم ، فى الجزارين والدباغين والاطباء والبياطرة والعاملين فى غرف التشريح . لا نجد هناك ارتشاحات أو تقرح وربما مرت السنون ، قبل أن تصل الى الاقنية أو الغدد اللمفاوية . وأحيانا تتشقق الثآليل وتسبب اصابة اخرى ثانوية ، فتظهر الخراجات التى بمجرد الضغط عليها ، تخرج صديدا متقطعا .

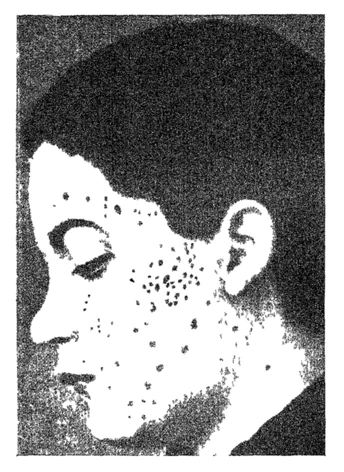
وهذه الثآليل الدرنية يبدأ شفاؤها من وسطها ، اذ يتكون نسيج ندبى لونه بين الزرقة والحمرة . ويحدث الشفاء أحيانا ، من تلقاء نفسه . أما العلاج ، فهو الذى نستعمله للالتهابات الدرنية الموضعية .

٤ ـ المُنَبِّتْ (١) . قرح غير متناسقة الشكل ، خشنة المنظر ، بليلة البثور كثيرة الانتشار على الجلد ، حتى ليبـدو العضو المصاب مغطى بالقروح كداء الفيل وحجم القرحة فى ٢ الى ٥٠ سنتيمترا . أما علاجها فباشعة اكس والهواء الحار لدرجة ٧٠٠ سانتيغراد أو بالكى بالكهرباء ، اذا اقتضى الامر .

٥ ـ الخنزيرى (٢) . نادرا ما تكون هذه الاصابة أولية ، فهى فى الغالب ، نتيجة غدد درنية محتوية على مادة جبنية صديدية أو ناسور فى عظم أو مفصل مصاب بالتدرن تشتق منه الاصابة .

فاذا كانت أولية ، نجدها احتقانات تحت الجلد ، حمراء ، زرقاء وعقدا ، غير متناسقة فى وضعها ، تتضخم تدريجيا وتضغط الى أعلى ، فتسبب نخرا موضعيا وتثقب الجلد وحينئذ تظهر منها مادة سائلة ، نجد فيها باشلس كوخ

Scrofuloderma (٢) Vegetating (١)



السل الجلدى الحقيقى البثورى الجاورسى

بكل سهولة . وربما اتصلت عقد عديدة بعضهـا ببعض وسببت تورمامتسعا وتقرحا فى الاجزاء المصابة . ونجد ، بين كل ثلاثة أو أربعة قروح واسعة ، أجزاء من الجلد لا تزال سليمة .

أما سطح الجلد المتقرح ، المغطى غالبا بحبيبات درنية ، فتتسع أطرافه ، بينما يبتدىء وسطه بالشفاء بتكوين نسيج ندبى . ولـكى يتمكن الطبيب الاخصائى من معرفة مدى عمق الانسجة المعتلة ، يسبر الموضع المصاب بمجسه الفضى ، بدون أن يؤلم المريض .

أما فى الاصابات الثانوية ، فيحدث التورم بدون عقد أولية . وتظهر هذه غالبا على العنق والصدر والمرفق والأبط والساق . ويصعب التفريق بينها وبين الزهرى ، الا يكون نسيج الورم الصمغى ، فى الدور الثالث من الزهرى ، أثخن وأغلظ وأطراف الصمغ(١) نفسه أكثر نعومة وسرعة اتساع . ويحدث الضغط عليها ألما . أما علاج هذا المرض ، فيتوقف على معرفتنا سبب القرحة وهل هى أولية أم ثانوية . فاذا كانت ثانوية ، وجب معها علاج سببها الخفى .

٦ ـ الحزازى (٢) : يختلف عن الرازى وغيره ، من أنواع التدرن الجلدى المتشابهة ، غير أنه يرتبط بشدة بالخنزيرى ويحدث فى الاطفال والمراهقين . ويظهر طفرة ، فى شكل عقد حمراء ، صفراء بحجم الفولة ، خشنة الملمس وفى الغالب مرتبطة ببثرة أو قرحة وعالقة كل منهـا بحويصلة شعرة . يظهر هذا الطفح من العقد متجمعا وأحيانا منفردا ، ثم ينتشر . ومن المحتمل أن نغفل عنه ، اذا ظهرت عقدة بمفردهـا على البطن مثلا أو على الجنب . ولـكن الطفح الغزير ، على الظهر أو على البطن ، لا لبس فيـه ، فدلائله جلية ونادرا

---

(١) Gumma (٢) Lichen Scrofulosorum

ما نراه على الاطراف أو على الوجه . والفرق بينه وبين حزاز الزهرى ، هو أن الزهري أدكن اللون ، يثبت نوعه امتحان « واسارمان » كما يثبت تفاعل « التوبركلين » وجود التدرن .

٧ ـ الحويصلى المتبثر(١) . التهاب حويصلى(٢)حبيبى . وهوحالة غير مؤلمة من السل الجلدى الحقيقى ، تظهر فيه عقد صغيرة جدا ، لونها أدكن ، أكمد ، على الاصابع والاطراف السفلى ونادرا على الاذرع أو البدن أو الوجه. وهى اما أن تكون نخرة فى وسطها فتغطيها قشور ، أو تتحول الى قروح صغيرة قبل أن تتكون القشور عليها . ويتطور هذا النوع من التدرن الجلدى بطء فى المصابين باعتلال درنى خفى ، فيقطع شوطا مطابقا لطول الاصابة الخفية الموجودة . وفى هذه الحالة يكون التفاعل بالتوبركلين فى الغالب ايجابيا.

٨ ـ الحبيبى المستدير(٣) نراه غالبا على اليد والذراع أو الكوع ، كنمو من الداخل الى الخارج ، بشكل ناعم من الوسط ومحبب مدور من الخارج . وقد تسنى للاستاذ ديتريخ ، أن يجد باشلس كوخ فى بعضه . وهذان النوعان الأخيران ـ الحويصلى المبثر والحبيبى المستدير ـ نعالجهما كغيرهما من حوادث التدرن المشابهة لهما .

---

(١) Papulo Necrotica and Papulo Pustulosa – Acnitis Tuberculosis

ويسميه البعض : Necrotic Tuberculosis أو : Leicheneides

(٢) Folliculitis (٣) Tuberculosis Granuloma Annulare

الفصل الثالث عشر

سل الجلد الشبيه بالحقيقي (١)

ان هذا القسم الثانى من سل الجلد، الذى اخترنا أن نسميه الشبيه بالحقيقى، أو غير الحقيقى ، يحتوي كذلك على قروح جلدية غير مؤلمة ، بطيئة التطور ، نسميها بالافرنجية « توبركليد » ويشمل أنواعاً متعددة مختلفة التكوين . وقد أنشأ هذا القسم الأستاذ داريه سنة ١٨٩٤ .

اذا حاولنا البحث عن باشلس كوخ ، فى تلك القروح بالطرق العادية فى المختبر ، كتاوين أنموذج منها وفحصه تحت المجهر ، أو بتلقيح خنزير غينيا بحسب الطرق الفنية المعروفة ، يذهب بحثنا سدى . فلا نجد الباشلس الا فى الحالات النادرة جداً . ولكننا نستدل على ان الأصابة درنية من حالة الفرد الدرنية الثابتة ، أو من وجود اصابة درنية سابقة ، جلدية أو احشائية ، أو من مشابهة الأنسجة المصابة لأنموذج الأنسجة الدرنية . وفى هذا الدليل الأخير ، نستعين بالمجهر . لقد ثبت لنا أخيراً ، أن هذا المرض الجلدى ناجم عن سموم الباشلس المرتشحة : أى عن الميكروب نفسه فى شكله غير المنظور . وهو أقل فتكا من الباشلس نفسه . ولكن فى هذا ، كما فى كثير من التحديدات العلمية ، اختلفت الآراء . فرئيس مصحة آغرا فى سويسرا ، وهو الأستاذ هانز الكساندر (٢) ، الذى مكثت معه مدة من الزمن أتتبع أعماله ، يقول : « ان هذا السل الشبيه بالحقيقى هو كالحقيقى نتيجة الباشلس المجسم. بينما أن الأستاذ فالتس اليونانى(٣)، المشهور بابحاثه فى معهد باستور مع الأستاذ كالمت بباريس والذى يرى

---

(١) Tuberculids (٢) H. Alexander—Agra (٣) J. Valtis—Athens

القارىء رسمه فى الفصل الثانى مع رسم الدكتور محمود بك أباظه ، يخالفه ويقول أن هذا المرض، الشبيه بالحقيقى ، مسبب عن ارتشاحات الباشلس ، كما سبقت الاشارة . وقد أتاح لى الحظ معرفة هذا العالم العظيم ومتابعة تجاربه عن كثب وهذا ما يحملنى على الاعتقاد بأن كليهما على جانب من الحق .

يصعب علينا فى أحوال كثيرة ، اقامه الحدود بين نوعين متقاربين من المرض وكم نقف أمام اصابة درنية جلدية ، مكتوفى الايدى ، حائرين لا نعلم الى أى النوعين نرجعها . قلنا أن القروح « التوبركليدية » تشمل أنواعاً مختلفة فى تكوينها ، أي أن هذا السل الجلدى غير الحقيقى ، لا يكون متماثلا فى جميع الحالات على الأطلاق. وقد نجد له ، حتى فى المريض الواحد أحياناً ، أشكالا مختلفة فى تكوينها ، اصطلح الأخصائيون على تسميتها : « السل الجلدى الشبيه بالحقيقى المتعدد الأشكال » .

لا نعرف سببا لظهور هذه الأشكال أكثر من غيرها فهى تظهر اصابة أولية أو ثانوية على الجلد ، فوق قرحة يكون قد تم شفاؤها أو بالقرب منها ، فى موضع سليم من الجلد ، تشبه فى تكوينها الانسجة التى أصيبت وبرئت أو تتخذ لها شكلا آخر مختلفا فى نوعه ونسيجه .

ان هذا المرض لا يكون عادة فى شدته ، مصحوباً بحمى أو بتغييرما فى الصحة اجمالا . وانما فى الغالب ، يسبقه نقص واضح فى الوزن . أي أن المريض يأخذ بالهزال ، قبل أن يتمكن منه المرض الذى من خصائصه السير ببطء ، فلا يشعر المريض بالتغيير الذى يطرأ عليه . وقد يدوم هذا أسابيع عديدة ثم يشفى. وربما عاد الى الظهور بعد سنة أو سنين . ولكن فى بعض الحالات ولسبب بسيط ، كتعريض الجلد لأشعة الشمس أو بعد التلقيح بمحلول باشلس كوخ المخفف ، يشتد المرض بغتة . من العادة أن يمنى المصابون بهذا المرض المتعدد الأشكال ، باصابة أو باصابات درنية أخرى تكون دائما فى غدد العنق والابط



الکساندر

وتتصلب وتتحجر ، بدلا من أن تبقى طرية لينة . وتبدى لنا أشعة اكس الدرن المجاورة للقصبة الهوائية وشعبتيها جافة متكلسة . وانما لا نجد اصابة درنية فى الرئة نفسها .

واذا قارنا بين السل « الحقيقى » فى ناحيـة من نواحى الجسم والسل « الشبيه بالحقيقى » فى الانسجة المعتلة . ولاحظنا كيف يسير الاثنـان ، متوازيين متأثرين الواحد بالآخر ، أدركنا أن اشتداد الاصابه الجلدية يقابله تسرب كمية من باشلس كوخ أو سمومه المرتشحة الى الدورة اللمفاوية من بؤرة درنية . ورغما من أن علم البكتريا (المكروبات) ، لم يتمكن للان من اثبات هذه النظرية بالطرق العملية ، فان حدوث هذا التفاعل لا يزال حقيقة ثابتة ، رغما من كل شبهة أو انـكار . فبعد درس أشكال السل « الشبيه بالحقيقى » المتعددة أحيانا فى المريض الواحد ومراقبة نوع التدرن فى الأنسجة المريضة ، يتضح لنا أن تعدد أشكالها أو اختلاف تكوينها ، لا يتوقف على نوع السموم المسببة ولا على رد فعل خاص فى تركيب الجسم العـام ، بل على طبيعة ونوع مكان الجلد الذى يظهر فيه المرض . أما مسألة حساسية الفرد وما لها من تأثير شديد على تطور الأنسجة ، التي تصـاب بمختلف أنواع هذا المرض ، فتلعب ولا شك دورا كبيرا . غير أنها تعتبر ثانوية بالنسبة لطبيعة ولنوع جزء الجلد المصاب. ولـكى نفهم كيف تصيب العدى مواضع متعددة من الجسم ، وجب علينا أن نعرف شدة السموم التي دخلت الدورة الدموية وأن مصدرها ، الذى هو باشلس كوخ، موجود فى الجسم بكثرة. عندئذ يصبح الواجب الأول ازالة ذاك المصدر ولو جراحيا ، اذا لزم الحال .

فلنفرض أن مريضا يشكو سلا" توبركليديا (غير حقيقى) ، فى أنسجة الأنف وتدرنا حقيقيا ، فى غدد العنق ، فماذا يجب على الطبيب أن يفعل ؟ —

الجواب: عليه أن يستأصل هذه الغدد، حتى ولو تمكن من شفاء انسجة الأنف. هذه هى الطريقة الناجعة لمنع المرض من الظهور ثانية فى المستقبل.

للسل الشبيه بالحقيقى كما يخبرنا الأستاذ جادسون، أشكال تشبه لطخات طفحية، تشفى من تلقاء نفسها بدون علاج. نجد بينهـا الاصابة التوبركليدية الحليمية النخرية (١) ولحية بوكشه(٢) والطفح الوردى المتصلب(٣)

١ ـ السل الجلدى الخصَرى العمومى (٤). هذا تدرن جلدى، شبيه بالحقيقى، لا يصعب تشخيصه. يظهر الجلد المصاب أحمر اللون، مائلا الى الزرقة، مصحوباً بارتشاح ومغطى بحبيبات صغيرة. وأكثر حدوثه فى الأجزاء المكشوفة من الجسم. وغالباً على شحمه الأذن أو على الأنف أو الخدين أو الأيدى وأحياناً على الأرجل. واذا ضغطنا على الجلد المصاب بالملوق الزجاجى، كما ذكرنا فى فصل سابق، لا تظهر احتقانات وعقد ذئبية. فالاصابة تترك، بعد شفائها والتئام قروحها، ضموراً جلدية فى الاجزاء التى ظهرت فيها. ويمكننا تخفيف المرض والحصول على الشفاء، غالبا باستعمال حامض التانيك والقوابض الأخرى مع الجليسرين، علاجا أساسيا بمساعدة الاشعة البنفسجية والأشعة الفوق البنفسجية ومصباح كروماير (٥)

٢ ـ السل الجلدى الخصَرى الملطخ (٦) يختلف عن التـدرن الخصَرى العمومى بمركز الأصابة. فهو يتجلى على الأيدي والأصابع، بمظهر لطخات حمراء أو بنفسجية، متبشرة، محاطة باحتقان. ويختلف أيضا، عن الالتهاب الدرنى

---

(١) Papular Necrotic Tuberculid
(٢) Sarcoid of Bocksche
(٣) Indurated Erythema
(٤) Lupus Pernio Proper
(٥) Kromayer Lamp
(٦) Lupus Pernio in Patches

المحمرّ (الأريشيمى) (١) ، بوضوح حدود الأصابة . وعن خصَر الأصابع (٢) بقلة امتداده وارتشاحه . ويختلف كذلك ، عن أمراض أخري مبرقة (ذات ثآليل) وعن أشكال أخرى خرشفية (ذات قشور) لأن الجلد يبقى ناعماً ، خالياً من الشقوق .

٣ ـ الشامة الخصَرية (لبازان) (٣). يسميها الاستاذ ميبليّ « قروت الجلد الأنكليزية » (٤) (أي الجلد الثخين). وتشبه التدرن الجلدى الخصَرى ، مع هذا الفرق وهو أن الأيدى وبعض الأحيان الآذان تكون باردة ، متورمة ، لحدوث ارتشاح فيها وتنتشر فوقها لطخ حمراء وقشور خشنة رمادية .

٤ ـ خصرَ الأطراف الشديد (٥) كثير الشبه بالتدرن الخصَرى . ويصيب الأشخاص الذين فيهم استعداد طبيعى للتدرن فترى الأصابع والأيدى زرقاء غامقة ، باردة كالثلج حتى فى فصل الصيف .

صادفت يوما فتاة مصابة بهذا المرض وهى فى غفلة عنه. كانت تعالج برودة يديها ، بين آونة وأخرى ، بلعب التنس . صافحتها ودرجة الحرارة فى القاهرة ٤٢ سانتيغراد فى الظل . ذعرت عند ملامسة يدها الباردة كالثلج . ثم لاحظت أن لون أصابعها رصاصى غامق مكمد . واذ كاشفتها بملاحظتي ، قالت أنها كثيراً ما كانت تصاب بتورم فى أصابعها . فعساها تكون بعد ذلك ، قد لجأت الى غير التنس ، لتدفأ يديها .

---

(١) Erythematous Lupus　　(٢) Chilblains

(٣) Nœvus Pernione　　(٤) Anglokeratosis

(٥) Advanced Chilblains

اذا لاحظنا حالة كهذه ، فى الشتاء ، قلنا هو البرد . ولكن كيف تلتبس علينا ، فى فصل الصيف ولاسيما فى مصر . فالهواء الحار لا يمكن أن يسبب تلك البرودة !

أجل أن الخصَر العادى ـ وهو ورم الأصابع أو غيرها من البرد ـ يتلاشى بعد انقضاء فصل الشتاء ولكن الخصَر الدرنى لا يزول مع الشتاء . واذا فحصنا الأصابع المريضة بالأشعة ، رأينا حويصلات عديدة ، فى أنسجة العظام ، تدل عن أن المرض اخترق الطبقات الجلدية .

الفصل الرابع عشر

السل الجلدى المبهم

١ ـ لحمية « بك » المضاعفة غير الخبيثة (١). اختلفت الأراء فى هذا النوع من سل الجلد . فمن قائل بانتسابها الى الالتهاب الدرنى الخصَرى وقائل آخر ، بارتباطها بالالتهاب الدرنى الذئبى . ومنهم من يعد هذه اللحمية ارتشاحا درنيا فى الجلد أو تحته . وآخر يقول أن هذه الشحمية اصطلاح ، يطلق على كل نمو جديد غريب يظهر فى الأنسجة المعتلة . فلا يصح اطلاقه فقط على الالتهابات الدرنية لمجرد تورمها . فربما كان سبب هذا التورم مرض الزهرى أو التدرن أو حالات جرثومية فى جذور الشعر(٢) أو ورم حبيبى فطرى(٣) أو غير ذلك ، فتتكون هذه اللحمية من مجموعة عقد تتراوح بين ٢و٣٠و٤٠ مليمتراً، وتكون حمراوية اللون، مستديرة الشكل، وتظهر على الجبهة وعلى جانبى الوجه ونادرا على الجزء الأعلى من الظهر أو على العضلات الباسطة ، فى الأطراف العليا . وبعد شفائها ، تترك علامة مستديرة كأنها نسيج ندبى ، أبيض أو أكمد . وكثيرا ما يشابه هذا المرض القروح الزهرية . لذلك ، اذا ما خالجنا الشك بصحة تشخيصنا ، يستحسن تجربة علاج مرض الزهرى . وفى حالة الوضوح. نعالج اللحمية كما نفعل بالالتهابات الدرنية تماما ونستعمل المطهرات الموضعية والأشعة البنفسجية والفرق البنفسجية .

٢ ـ سل الجلد المتصلّب(٤) . وصفه لنا باذان سنة١٨٦١ «بالطفح الوردى المتصلب فى المصاب بداء الخنازير» . أكثر ما نراه فى الفتيات الضعيفات ،

---

(١) Multiple Benign Sarcoid of Bœck — (٢) Sporotrichosis

(٣) Mycosis — (٤) Tuberculosis Indurativa

المواتى فيهن استعداد لداء الخنازير. وغالبا يظهر على السيقان ونادرا على الأذرع ويأخذ شكل عقد صغيرة ، كثيرة العدد ، مائلة الى الزرقة . لا يصحبها ألم . وأحيانا تظهر عقدة واحدة ، فتنمو وتكبر ، الى أن تصبح بحجم « الجوزة » . وربما تكون منها خراج أو قروح أو ناسور يسيل منه الصديد . وغالبا ما تكسو الجلد الملتهب جلبة أو قشرة .

إذا درسنا أنسجة هذه الأصابة تحت المجهر قبل شفائها ، وجدنا تركيبها مشابهاً لما نجده عادة فى أحوال سل الجلد « الشبيه بالحقيقى » . وبعد البحث والتنقيب ، اختلف الأخصائيون ولم يتفقوا فى أى باب من سل الجلد يجب أن يدرج هذا المرض .

أنه يختلف كثيراً عن الطفح الوردى المتعقد (١) الذى لاعلاقة له بالتدرن بل بمرض الروماتزم. والذى تظهر عقده بسرعة، غالباً على عرف عظم القصبة(٢) وتؤلم جداً عند الضغط عليها . ولا تعود الى الظهور ، بعد الشفاء ، الا نادراً . ومع ذلك ، فالمشابهة بين الأصابتين عظيمة جداً ، حتى أنه يصعب أحياناً على الطبيب التفريق بينهما فى الحال . لذلك يجب درس وتحليل المشابهات والاختلافات بكل دقة .

يبدو هذا المرض ، لأول مرة ، بشكل عقدة كبيرة ، قرحية ، شبيهة باصابة درنية أو زهرية أو جذامية أو يظهر بمظهر التهاب جرثومى فى جذور الشعر (٣)، فنقف حائرين أمام صورة غامضة للمرض ، تضطرنا الى سلسلة طويلة من المقابلات والمقارنات ، الى أن نصل أخيراً الى التشخيص النهائى .

وقصارى القول ، أن التشابه بين الورم الصمغى الدرنى وهو فى دور

---

(١) Erythema Nodosum (٢) حافتها الامامية (٣) Sporotrichosis



الطفح الوردى المتعقد
(لا علاقة له بالسل)

التلين وقروحات الجذام المتخدرة (١) وبين العقد الدرنية الحقيقية، المتقرحة، عظيم جداً .

يقول الأستاذ كوجيرو فى وصفه للمرض : « يرى فى الاحداث وعلى الأخص فى الآناث المصابات بداء الخنازير أو ذوات الوجوه التعبة الشاحبة المنتفخة . ونراه فى اللواتى يعملن أعمالا شاقة، كالغسالات مثلا . فيظهر على الفخذين والذراعين والبطن ، حتى على الوجه وعلى الأخص فى الشتاء ونادراً ما تشتبك قروحه . ويقول أنه ينتشر ببطء ويندر أن تستمر النوبة الواحدة أكثر من شهرين ، فهو يختفى بعد فصل الشتاء القاسى ، تاركا أثراً لمروره . وقد يعود إلى الظهور فى الشتاء الثانى بسبب العمل الشاق . »

ورغما من أن شكل هذه الانسجة كشكل الانسجة المصابة بسل الجلد «الشبيه بالحقيقى» ، فقد قرر بعض الاطباء وجود باشلس كوخ فى هذه القروح وقالوا أنه ، فى بعض الاحيان ، بعد أن تكون هذه العقد قد شفيت شفاء بطيئاً ، كما هى عادتها ، تعود بعد حين الى الظهور . والتفاعل بالتوبركلين يعطينا دائماً نتيجة ايجابية . نعالج هذه الاصابة باستعمال ضمادات مطهرة وبرفع الساقين، حتى اذا شعر المريض بتعب أو بتخدر فى هذه الأعضاء، غيرنا الوضع، ثم عدنا اليه . واذا كان لا بد للمريض من الانتصاب على قدميه ، فليلبس جوارب من المطاط .

٣ ـ سل الجلد الذئبى المحمر (٢) يظهر هذا المرض لطخات حمراء، زرقاوية، تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بالتهاب . له جلبة أو قشور خارجية تشفى من وسطها . ونرى الأنسجة الندبية تتكون بدون أن يحدث تقرح سابق . ولهذا المرض اشكال كثيرة، نجدها على الوجه والأذن والشفة والغشاء المخاطى ويمكن ظهوره فى مواضع أخرى من الجسم . فأحيانا يتساوى ، على كلا الخدين ويمر بينهما بالأنف ، كأنه الفراشة بجناحيها المنشورين . وأحيانا يسبب لطخا عديدة ، منتشرة ، متناسقة ، يتفاوت حجمها بين المليمتر والسانتيمتر . أما اذا

(١) عديمة الحساسة (٢) Erythematous Lupus

ظهر لطخة كبيرة واحدة ، كانت حجمها سانتيمترات عديدة وبدت لنا محاطة بدائرة فى وسطها دائرة داخلية اخرى ، بها اعراض التقرح والارتشاح ، لونها زرقاوى وعليها قشور . وفى وسط هذه الدائرة الثانية ، نجد نسيجا ندبيا حيث يبتدىء الشفاء . فلو وجدنا كل هذه الاعراض جميعها معا ، لأمكننا القول بان هذه القرحة التى تتسع وتشفى من الوسط الى الخارج ، قد أصبحت الآن فى حالة التكون الكامل .

أما اذا أخذت الدائرة الندبية الداخلية الثالثة فى الاتساع وشغلت جزءا كبيرا من الوجه كله ولم يبق الا جزء صغير للدائرة الداخلية الثانية ، التى نجد فيها الارتشاحات والقشور ، سميت الآفة باسم الدائرة الثالثة ودعيت : «آفة ندبية» . فالاسم يتبع نوع الأنسجة المتغلبة فى الآفة . فاننا ندعو هذا المرض حرشفيا(١) اذا تغلبت القشور فى الدائرة الملتهبة (أى الدائرة الثانية) . ومحمرا(٢) اذا انحصرت الاصابة فى لطخ حمراء ، زرقاوية ، قليلة الارتشاحات وبدون قشور . ومتناسقا (٣) ، اذا وجد على الخدين ، مارا فوق الانف بشكل الفراشة .

وكما فى المرض السابق ، تشفى هذه الاصابة أحيانا من تلقاء نفسها وتترك أثرا طفيفا لوجودها .

٤ ــ ذئبة «هـبرة» المحمرة(٤) . أو سيلان دهنى احتقانى درنى . تظهر الانسجة فى هذه الحالة دهنية ، لامعة ، قليلة الارتشاحات ، عليها قشور أحيانا . ولا يختلف هذا المرض عن غيره ، الا فى مظهره الشحمى اللامع .

أعود الآن الى سل الجلد الذئبى المحمر ، فأقول : أن نشوء هذا المرض ، غالبا ما يكون بطيئا ، وأحيانا تلتصق فيه اللطخ بعضها ببعض ، فتبدو بشرة المريض كريهة المنظر ، فاذ ذاك ، يحق لنا أن نخشى تطور هذه الاصابة وانقلابها الى تدرن حاد فى الجلد . ولو ندر ، فان حدوث هذا يؤدى غالبا الى الموت العاجل .

---

(١) Squamous (٢) Erythematous (٣) Symmetrical

(٤) Lupns Erythematosus of Hebra



سل الجلد المحمر

الفصل الخامس عشر

علاج سل الجلد

فى الفصول السابقة ، ألممت باصابات الجلد الدرنية ، الأكثر شيوعاً وقسمتها إلى ثلاثة أقسام. وبيّنت كيف يكون انتشارها بطيئا ، فى أكثر الاحيان. وكيف تصيب الغشاء المخاطى وكيف ان سل الجلد الذئبي هو الاكثر انتشارا . وبرهنت على ضرورة معالجة البؤرة الدرنية الاولية الاصلية لئلا يعود المرض ثانية . والآن ننتقل الى موضوع العلاج :

تختلف طرق العلاج بحسب العوامل العديدة التى تواجه الطبيب والتى نقسمها الى ثلاثة أقسام :

١ ــ المناطق التى تتعلق أو لا تتعلق بحسن شكل المريض ومنظره .

٢ ــ حجم الانسجة المعتلة .

٣ ــ الشكل التشريحى (١) للأنسجة المعتلة .

ويتوقف نجاح العلاج على فهم أعراض المرض . فان لدينا طرق علاجية كثيرة ، تتيح لنا اختيار ما يناسب كل حالة . وسوف الخص فيما يلى ، التطبيقات الفنية المختلفة ، لاعطى القارىء فكرة عن كيفية العلاج الذى اعتبره معقداً وصعباً جداً . فلا يظنن القارىء ، بعد اطلاعه على هذا الفصل ، انه ألم الماماً كافياً بتفاصيل علاج تدرن الجلد . بل بالعكس ، فان الاطلاع على الاساليب التسع الآتية ، يريه صعوبة العلاج وضرورة استشارة الطبيب الاخصائى فى كل حين :

---

(١) Anatomical

١ ـ الاستئصال : هو أفضل طريقة لبدء علاج الالتهاب الدرنى . ويجب استعمالها بأسرع ما يمكن وبأوسع أشكالها، فى جميع الحالات التى تستدعى للعلاج الجراحى . والاستئصال ، سهل فى تقرح الأطراف ، اذ يمكننا وقتئذ توسيع دائرته لنضمن عودة المرض ونموه ثانية .

أن قطع الأنسجة المعتلة وازالة سنتيمتر واحـد من الأنسجة الصحيحة حواليها ، انما هو احتياط كاف لمنع عودة المرض . أما الوجه ، فلا يمكننا اجراء عملية الاستئصال فيه دون تشويهه ، لذلك نجتنبها على قدر الامكان ونعتمد على العلاج بالأشعة البنفسجية والفوق البنفسجية وفانوس كرومايرِ (١) ونعلق على ذلك أهمية كبرى .

ثم أنه بعد الشفاء، سواء بطريقة الاستئصال أو بالأشعة، لا بد من مراقبة مركز الاصابة بكل يقظة ، مدة أعوام طويلة .

٢ ـ الـكحت : أن هذا التنظيف التمهيدى يقصر أجل العلاج ، اذ تنفذ الأشعة بواسطته الى طبقات الأنسجة المعتلة العميقة. واذا حدث نزيف شديد، تمكنا من منعه باستعمال مَيسم حار ، أو بمس الموضع بالحامض اللبنى ورش اليودوفورم قبل تضميد الجرح .

٣ ـ التشريط : طريقة علاجية صعبة ، تتطلب صبرا طويلا من المريض والطبيب على السواء . وتعد نافعة ، لأنهـا تهيء الأجزاء المصابة لتصبح أكثر تعرضا للاشعة البنفسجية أو الفوق البنفسجية.والتشريط يكون بشكل مربعات وبعمق يتفق وحالة الأنسجة المعتلة . ثم تعاد هذه العملية كل ثمانية أو عشرة أيام ، أى بعد أن يبرأ الغشاء الرقيق اللماع ، الذى يغطى القرحة الملتهبة . فبذلك تقصر مدة العلاج .

---

(١) Kromayer Lamp

أما تضميد الجراح ، فيكون بالمشمع الأبيض أو بالحامض اللبني أو بمرهم سليماني شديد التأثير ، نستعمله نهارا ، أما فى الليل ، فنستبدله بمرهم يودوفورم .

٤ ـ الكى النارى : نستعمل هذا العلاج ، بطريقتى المحمسة الجلوانية والمحسم الحراري . اما علاج الالتهاب الدرنى الذئبي ، فلا تستعمل فيه الطريقة الأولى ، بل الثانية لأنهـا الطريقة الشائعة . ولكن كثيرا ما نستعمل المحسم الحرارى ، فى الحالات التى لا يهمنا فيها المحافظة على جمال الجلد بعد الشفاء : كما فى علاج قروح الأطراف أو البدن . وفى علاج الحبيبات الدرنية البارزة ، نستعمل ابرة دقيقة ، ندخلها فى العقد ، فندمرهـا واحدة بعد الأخرى . وفى بعض الحالات ، يتعين علينا أن نخرج عن دائرة الرفق ، فنكوى دائرة أكبر من موضع الأصابة ، اتقاء لشر عودة المرض .

٥ ـ الكى الكيماوى : يقول الأستاذان جابرت وكارنو ، من الجامعة الفرنسية ، أنه لا فائدة من هذه الطريقة ، بل يجب أن تترك وتهجر . اذ لا يمكن الوثوق من حسن نتائجهـا ولا من فعل برمنغنات البوتاس . بل بالعكس ، فان العلاج بالكى الكيماوى ، قبل استعمال الأشعة ، يكون انسجة ندبية سطحية تعوق فعل الأشعة البنفسجية والفوق البنفسجية .

٦ ـ علاج فنسن (١) : هو أفضل الطرق لمعالجة اصابات الجلد الدرنى الذئبى ، التى لا يمكن قطعها أو كحتها . نعالج حالات كهذه بقوس فحمى (٢) أو بمصباح « المروة » ، أى ثانى اوكسيد السليكون المتبلور (٣) ونستعمل هذا النوع من العلاج فى كل مكان ، الا فى الأجزاء التى تجعله مستحيلا .

هذا العلاج فعال ومفيد جدا فلو اتبعه المريض الى أن يتم فعله ويحصل على الشفاء ، فلا يكون قد أضاع الوقت والمال وتحمل تعب التردد على الطبيب بدون

Quartz Lamp (٣) Arc Lamp (٢) Finsen-(Danemark) (١)

فائدة وعانى مرارة البقـاء فى المصحات أو المستشفيات . ونتائج هذا العلاج تتوقف على مقدار الشدة والنظام اللذين يتبعهما الطبيب المعالج والمريض على السواء . ولا يقترن بالفشل ، الا اذا أهمل الأثنان المثابرة والمواظبة والدقة .

لاتزال طريقة فنسن العلاجية المثل الأعلى لشفاء الأصابات الدرنية ، التى تحدث فى الوجه ، لأنها لاتترك ندوباً أو التآمات أو أى أثر للعلاج . فلو تركت شيئاً من ذلك ، لما رآها الناظر بسهولة . ونظرا لعدم تشويهها حسن المنظر ، تعتبر أفضل علاج للمحافظة على الشكل والجمال . فضلا عن انها غير ضـارة بتاتاً ، فهى مريحة واستعمالها فى علاج الأطفال سهل جدا .

كل هذا حسن ، يدعو الى كل ارتياح ولـكن كم هم القادرون على الأخذ به ؟ فأننا اذا فـكرنا فى الأمر من الوجهة المالية ، نجد علاجاً كهذا باهظ الكلفة للمريض وللطبيب على السواء . فـكثيرون من الأطباء يجدون اقتناء هذه العدد ، الغالية الثمن المستعملة فى تطبيق هذا العلاج ، فوق طاقتهم الماليه ، لذلك نرى هذه الاجهزة الثمينة عادة ، أما فى عيادات الاخصائيين وأما فى المستشفيات . وكثيرون من المرضى يجدون اكلاف العلاج وتضحية الوقت الطويل الذى يستغرقه واهمال أعمالهم أمورا فوق طاقتهم ، ففى أحوال كهذه ، يجب أن نذلل كل صـعوبة مالية وأن لا نقف مكتوفى الأيدى .

يمكـننا تقصير مدة العلاج بتشريط الجلد ــ حتى فى تقرحات الوجه . وهكذا نمهد ، لنور فنسن ، اختراق الالتهاب الدرنى والوصول الى عمقه الحقيقى . هنـا يختلف الاستاذ كوجيرو مع الاستاذين جلبرت وكرنو على مبلغ تأثير برمنغنات البوتاس . فالاول يحبذ استعمال هذا الدواء بقوله : « يفيـد برمنغنات البوتاس كـثيراً فى تقصير أمد العلاج » . وهو فى الواقع ، بعد تشريط الجلد وتعريضه لنور فنسن ، يكوى الانسجة المعتلة بمحلول من هذا الدواء بنسبة ١ الى ١٠ .

ويمكن معالجة عدة مرضى معـاً كـأنهم مريض واحد ، بزيادة عدد



فنسن

الامبيرات (١) وهذه الزيادة لاتكلف ثمناً . والضغط على الجزء المعتل ، الذى نعالجه ، يحدث فيه انيميا موضعية أو هرب الدم ، مما يهيء للعــلاج بالاشعة سرعة النجاح .

لاتستغرق جلسة العلاج الاولى أكثر من دقائق قليلة . ثم نأخذ باطالة الجلسات شيئا فشيئاً حتى أربعين دقيقة على الأقل . ولا ننفك عن الاستمرار فى ذلك الى أن نصل الى النتيجة المطلوبة وهى الشفاء . وغالبا ما نضطر الى الانتظار أسبوعاً أو أكثر ، بين الجلسة والاخرى ، الى أن يزول الالتهاب الجلدى الذى تسببه الاشعة . وعند معالجة تدرّن متسع أو عند معالجة قروح مختلفــة المواضع ، فى العليل الواحد ، لايمكننا الوصول الى جميع الاجزاء مرة واحدة ، فنواصل العلاج يوميا ، كل يوم لجزء ، على أن نعود اليه بعد زوال الالتهاب . فان علاج سل الجلد الذئبى مثلا ، يتطلّب من ٧٠ الى ١٠٠ جلسة وربما اقتضى التقرّح المتسع مئات الجلسات .

٧ ــ أشعة اكس : هى احدى طرق العلاج ، التى تدور حولها الآن ابحاث كثيرة . فلا نستطيع ابداء رأى بات فيها ، اذ ليس لدينا براهين تؤكد لنا حسن نتائجها ، فى معالجة الالتهابات الجلدية الدرنية الذئبية . فبعض الاخصائيين يحبذها وبعضهم ينكرها . فالمنــكرون يقولون أن فعلها غير كاف وأنها مهيجة للجلد . والمحبذون يرون أنها مفيدة جدا وتساعد على الشفاء . وان استعمالهــا أقل كلفة من علاج فنسن ، لأن المريض لايحتاج فيها الا الى جلسات قليلة قصيرة : اذ أن جلسة العلاج بأشعة اكس ، لاتستغرق أكثر من ثلاث الى ست دقائق . وربما حصلنا على فائدة جلّى ، باستعمال هذا النوع من العلاج ، لاجزاء خاصة كالاذن أو الشفة أو أعضاء أنثوية ، حيث لايكون الضغط ممكنا .

---

(١) مقياس كهربائي

٨ ـ العلاج بالعقاقير . أما المعالجة الطبية ، كحقن الكالوميل ، فلا تستحق الذكر . ولا يزال الحقن بالتوبركلين موضوعا للبحث والمناقشة .

٩ ـ العلاج بالتضاد الكحولى أو بالمادة المثيلية المضادة : يعطى هذا المركب حقناً فى الجسم (١) .

١٠ ـ العلاج «بالغذاء بدون ملح» ، أى غذاء جرسون ـ زوربروخ ـ هرمانزدورفر . وعلى الاخص فى اصابات الذئبة (١) .

قبل انتهاء فصل علاج التدرن الجلدى ، اود أن أشير الى نقط مختلفة ، مزودا القارىء بعض الايضاحات المفيدة ، فأقول :

يستدعى علاج الاغشية المخاطية والاغشية المشابهة لها ، كغشاء الانف أو الشفة ، عناية طبيب اخصائى ، متضلع من ممارسة العلاج بالمحسم الحرارى وبالمواد الكيماوية الكاوية وبمصباح كروماير وبالاشعة البنفسجية والفوق البنفسجية . أى أن هذا العلاج دقيق جدا . فلو قام به أطباء قليلو الخبرة لانتهى الى غير مايرضى .

ليس التدرن الرئوى وحده يستلزم علاج المصحات . فالارتفاع العالى وهواء البحر يفيدان المصابين بتدرن الجلد والعظام،المهزولين والمنهوكى القوى .

يجب فى علاج التدرن الجلدي ، الاكثار من التغذية بالمواد الدهنية كتناول زيت السمك والزبدة الجديدة الطازجة بكثرة .

تتبعت فى مستشفيات «الشاريته» فى برلين طريقة استعمال غذاء جرسون ـ زوربروخ ـ هرمانزدورفر، أى تغذية المرضى بدون ملح وشاهدت بنفسى نتيجة هذا العلاج ، فوجدت تحسيناً فى الاصابات الجلدية وليس الرئوية .

---

(١) اقرأ تفاصيل هذا العلاج فى الفصل الثالث والثلاثين : « علاج السل غير الجراحى . »

أضف الى ماسبق من طرق التغذية، استعمال الاشعة المفيد ولاسيما مصباح ثانى أوكسيد السليكون المتبلور على الاقل. واذا لم نخش تحريك اصابة كامنة فى الرئة ، استعملنا هذه الاشعة المنشطة للانسجة بكثرة وأطلنا الجلسات ، تحت الفانوس تدريجيا ولو أصبح جلد المريض نحاسيا فان ذلك لاضرر منه .

ويستعمل الطبيبان سيفى وشالار (١) فى لوزان ، مع علاج الاشعة ، حقنات كبيرة من التوبركلين . ويدعيان الحصول على نتائج مدهشة . ولكن ما كل مريض يصمد للعلاج بالتوبركلين وكثيرا ما نرى أنفسنا مطرين لتغيير هذه الطريقة .

يجب أن لانهمل حقن المريض أحياناً بمحلول الذهب داخل الوريد أو فى العضلات . وربما أفادنا اعطاء الزرنيخ بمفرده أو ممزوجاً بالكينا أو كالينوسالفارسان .

وكما أن « آخر الطب الكى » كما يقول الاقدمون ، كذلك آخر هذه العلاجات الاستئصال . فالواجب اذن أن لا ننسى هذه المعالجة الجراحية والتشريط والكى .

الآن أريد أزيد القارىء ايضاحا عن تأثير أجهزة الأشعة المختلفة ، التى نستعملها فى علاج التدرن الجلدى :

مصباح فنسن (٢) : هو مصباح قوسى، فحمى (٣)، ولدنورأيتخذ شكل نصف دائرة ، غنى باشعته الفوق البنفسجية والممتزجة بأشعة الحرارة . وهو الأقرب الى أشعة الشمس الممتزجة بأشعة بنفسجية مستقلة . ولاستعماله بطريقةفعالة ، نحتاج الى قوة كهربائية تتراوح بين ٤٠ — ١٠٠ امبير .

---

(١) Cevey and Schaller-Lausanne (٢) Finsen Lamp (٣) Arc Lamp

مصباح كوارتز(١) أو مصباح ثانى أوكسيد السليكون المتبلور : هو جهاز غنى بالاشعة الفوق البنفسجية . ويحتوى على الموجات الاشعة القصيرة القاسية وفقير جدا باشعة الشمس . ولا نحتاج فى استعماله الا الى قوة ١٠ أمبيرات ، فهو أسهل من مصباح فنسن .

مصباح كروماير(٢) : يشبه مصباح ثانى أوكسيد السليكون المتبلور ، لكنه أصغر حجما. أطلق عليه هذا الاسم ، نسبة الى مخترعه ، الأستاذ كرومايرفى برلين . ويستعمل للعلاجات الموضعية ، حيث نريد الشدة .

مصباح يَسيونك(٣) : للاشعة الفوق البنفسجية وهو أكبر من مصاح كوارتز حجما . يستعمل للعلاج العمومى . وقد أطلق عليه اسم مخترعه الاستاذ يسيونك الالمانى .

جهاز بوكى للاشعة المحدودة(٤) :فى الاهتزازات الكهرائية المغنطيسية ، نبدأ بالموجات القصيرة وننتهى بالموجات الطويله . ونجد أن «الاشعة الكونية » منها هى الاهم . (و تقترن هذه باسم الأستاذ « مليكن» الاميركى- على أن طائفة كبيرة من العلماء اشتغلت بها- وذلك لانه فى مقدمة الذين بينوا ما فيها من الشأن الكبير.) ثم ننتقل الى أشعة كاما . فأشعة رونتجن القاسية . فاشعة رونتجن الطريه . فالاشعة المحدودة . فالأشعة الفوق البنفسجية . فالطيف المرئى (النور العادي) . فالأشعة تحت الحمراء. فالاشعة اللاسلكية ذات الموجات القصيرة والمتوسطة والطويلة فاشعة الدياترمى . فاشعة التيار الكهربائى السريع التذبذب ، العالى الفولتات.

فجهاز « بوكى » هو ابتكار الأستاذ الألمانى الذى يحمل اسمه . وهو جهاز يعطينا الأشعة المحدودة (أى الأشعة التي نجدها بين الفوق البنفسجية وأشعة رونتجن الطرية) ، لعلاج تدرن الجلد . وقد أسفر استعماله عن نجاح باهر .

Yessionneck Lamp (٣) Kromayer Lamp (٢) Quartz Lamp (١)
Bucky Limited Rays Apparatus. (٤)

الفصل السادس عشر

السل العظمى

أعيد على القارىء أنى بهذا الكتاب ، التزمت فى بحث موضوع التدرن بمختلف وجوهه،جانب الاختصار لأجل تنوير الفرد المثقف فى الشرق الأدنى ووضع أساس لدرس هذا العلم فى لغتنا العربية، على منوال ينتفع به تلامذة الطب ويكون حافزا للاطباء على زيادة البحث والتوسع ، فى ما ضربتُ صفحا عنه ، فيصبح هذا الموضوع أكثر قربا الى الأذهان .

والآن انتقل الى البحث فى سل العظام ، متوخيا الايجاز على رغم ما لهذا الموضوع من الخطورة والشأن ، فأقول :

أن باشلس كوخ البشرى يسبب من اصابات سل العظام ، أربعة اضعاف ما يسببه الباشلس البقرى . وقلما نجد سل العظام مستقلا ، بل كثيراً ما نراه مربوطا باصابات درنية أخرى فى جسم العليل ربطا محكما . لذلك نعتبر اصابات التدرن فى العظام حالات ثانوية متفرعة على اصابات أصلية . والقارىء يذكر مراحل السل الثلاث : من « التلقيح » الى « التعقد الابتدائى » فى الرئة ، الى « الاحساسية » أو « التعميم » فى الجسم —حتى فى العظام— ، الى المرحلة الثالثة أى « التكلس » أو « المقاومة » . ولما كان لكل قاعدة شواذ ، فلا عجب اذا حدثَ السل العظمى فى المرحلة الأولى أو الثالثة من السل الرئوى ، بدلا من الثانية ،كما هى القاعدة . وربما نشأ عن خراج درنى احشائى ووصل الى العظام بواسطة الدورة الدموية وهذا ما يندر وقوعه .

قلت أن سل العظم اصابة ثانوية ، مع أننا كثيرا ما نلاحظ ظهورها فى الأطفال وهم فى المرحلة الاولى ، فنتوهم أنها تقع فى دور التعقد ، ولكن عند

ما نذكر طريقة سريان العدوى السريع، بالباشلس وسمومه، بشكليه المنظور وغير المنظور، بواسطة الدم، يزول كل غموض والتباس.

أن التدرن اذن يصل الى العظم بطريقتين :

الاولى : بالدورة الدموية — والثانية : بالملامسة.

لوحظ أن بين خمسة آلاف من المرضى، المصابين بسل العظام، ٧٨ فى المئة منهم فى سن لا تجاوز الرابعة عشرة، مع تساوي الاصابات فى الذكور والاناث منهم، ما عدا اصابة واحدة زادت فى عدد اصابات الاناث. ويتفشى هذا المرض فى الاطفال الفقراء، القليلى التغذية، العائشين فى جو غير صحى ويقل بين أطفال الطبقة الغنية.

أما العدوى، فقد ثبت لنا أنها تسرى من «الخارج الى الداخل» (١)، فنعتبرها والحالة هذه اصابة موضعية، منشؤها مكان آخر ولكن لا نعرف كيف يكون ذلك. ولكن هناك ظاهرة غريبة لها شأن خطير، تلفت النظر وهى أن السل الرئوى الشديد يندر فى البالغين الذين أصيبوا فى صغرهم بسل العظام. فهل أن تلك الاصابة فى الصغر تكون لقاحا ينتج مناعة نسبية ضد المرض؟ أم أن الباشلس وسمومه يجد منفذا الى أجزاء أخرى من الجسد فيتخلى عن الرئة؟

تقع الاصابة فى أجزاء مختلفة من العظام :

ربما ابتدأت فى السمحاق(٢) وسميت سل السمحاق(٣) أى تدرن الغشاء حول العظم. أو فى العظم نفسه وسميت سل العظم(٤). أو ربما انتشرت فى تجويف العظم(٥) وسميت سل النخاع العظمى(٦) أو ربما هاجمت الانسجة الاسفنجية فى رأس العظم (٧) وسميت السل المفصلى(٨).

---

(١) Exogenous (٢) غشاء العظم : اى Periosteum (٣) Periostitis (٤) Ostitis
(٥) Medullary Cavity (٦) Osteomyelitis (٧) Cancellous Tissue
(٨) Tuberculous Arthritis

١ ـ سل السمحاق هو ارتشاحات درنية فى غشاء العظام يندر أن يكون ابتدائيا ، ويرى غالبا فى الأضلاع . نجد فى تركيبه نسيجا حبوبياً ، ذا عقد جاورسية ، يظهر جزء منهـا فى السمحاق والجزء الآخر تحته . وتستمر عملية التخريب ، كما لو كان التدرن فى أى موضع آخر ، فتتكون الخراجات تحت السمحاق مع تجبن وتقيّح . ويتم الشفاء بالتفاف الأنسجة الندبية، حول الكتل المتجبنة ، التى لا تلبث أن تجف وتتكلس . أما اذا استمر تقدم الاصابة ، يصل المرض بعد قليل من الزمن الى ظاهر العظم ، فينخره نخرا . أو الى كردوس العظم(١) أو الى المفصل المجاور له . وهكذا ينخر التسوس العظام ، على مرور الأيام ، فتصبح أجزاؤهـا فى موضع الاصابة الأصلية ، رميمة(٢) ومنفصلة وتسمى حينئذ الرمة أو القطعة المتنكرزة(٣) .

ونرى أحيانا تضخما واضحـا فى العظم تسببه العقد الدرنية المدفونة فى أنسجة السمحاق العميقة. وهذه العقد اذا ابتدأت فى النمو، بدا العظم متورما . وربما امتد هذا النمو الى جزء كبير من العظم أو اخترق نقطة واحدة أو أكثر من رأس العظمة أو قصبتها فيزيد فى حجمها كلما ازداد حجم الورم .

٢ ـ سل العظم . يهـاجم المكروب الأجزاء الاسفنجيـة او الأنابيب الكثيفة ، الصغيرة ، الكثيرة العدد فى العظم . ومن هذه الأنابيب تمتد الاصابة فتبدأ فى الغالب بمهـاجمة الأجزاء الطرية الاسفنجية من العظام الصغيرة ، كالفقرات(٤) وسلاميات الأصابع(٥) والعظـام الرسغيّة(٦) والمشطيّة(٧) فى اليد والرجل وعظم العقب . ثم أننا نجد فى سل العظام نوعين مختلفين يشبهان نوعى السل الرئوى المصحوبين بارتشاحات واحتقان . فالمتقرح المتجبن(٨) يشبه

Vertebræ (٤) Sequestrum (٣) Necrosed (٢) Epiphysis (١)

Metacarpal-Metatarsal (٧) Carpal-Tarsal (٦) Phalanges (٥)

Ulcero-Caseux (٨)

التدرن الفمي أو الفصيصي . والحبيبي(١) يشبه التدرن الحويصلي المعقد(٢) .

ا ـ « المتقرح المتجبن » . يبرز سريعا وتتكون فيه مادة جبنية. وعند الكشف باشعة اكس، يبدو لنا جليا نحول العظام . وعكس ذلك نجده في حالة نسميها « نخر العظام » (٣) اذ تتجمع انسجة عظمية محببة على سطح السمحاق تحت الجلد ، فتظهر عظـام الأصابع متضخمة .



ب ـ الحبيبي . يشبه كما قلت فيما تقدم ، الالتهاب الحويصلي الرئوي المعقد . ويصبح ليفيا . وهذان النوعان : المتقرح المتجبن والحبيبي ، نجدهما احيانا مختلطين أحدهما بالآخر .

٣ ـ سل النخاع العظمي . تصل هذه الاصـابة الى داخل العظم ولها كل أو بعض الاعراض الآنفة الذكر .

نخر العظام أو ريح العظام (٣)

٤ ـ سل المفصل . أو « الرثية الدرنية » . تـكون : أولية . اذا ابتدأت مهـاجمة باشلس كوخ في الغشاء الزلالي للمفصل (٤) أو ثانوية : اذا وصلت الاصابة الى المفصل من مصدر بعيد .

أن أكثر من ٥٠ في المئة من اصابات الالتهاب المفصلي الدرني ، انما هي نتيجة ثانوية لاصابة سابقة في قصبة العظم نفسها . وينقسم مرض الالتهـاب الدرني المفصلي الى ثلاثة أنواع :

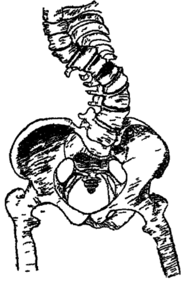
ا ـ التصبب المفصلي (٥) وهو التهاب ارتشاحي تشتق منه الأنواع « المصلية » (٦) أو « المصلية الليفية » (٧) التي تصبح صديدية . ولا نجد باشلس كوخ عادة في

Spina Ventosa (٣)   Follicular Nodular (٢)   Granular (١)

Serous (٦)   Tubercular Effusion (٥)   Synovial Membrane (٤)

Sero Fibrinous (٧)

التصبب الدرنى المفصلى. انما يظهر الغشاء الزلالى للمفصل محتقنا كثيفا. والمفصل متورما، يؤلم عند الضغط. وأحيانا يشعر المريض بألم فجائى يحدثه التصبب داخل المفصل. ويصعب عليه تحريك المفصل فى هذه المرحلة.



سل السلسلة الفقرية والتواؤها

ب- الحبيبى. نسيج محبب فوق الغلاف الذي يغطى كردوس العظمة. يتورم معه المفصل وتضعف العضلات التي تحركه. ثم يحدث انتفاخ وأوزيما(١) فى الجلد ويصبح لون المفصل شاحبا فنسميه الورم الدرنى الأبيض(٢). نجد غالبا فى المفصل مادة مصلية أو مصلية صديدية أو ما نسميه « التصبب الدرنى المفصلى الليفى » (٣). فاذا خفت هذه الحالة ووجدنا نفسنا أمام مرحلة الأنسجة الليفية، سميناها « نخراً جافاً غير متقيح » (٤). وهذا التحول يحدث غالبا فى الكتف المصاب أو فى المرفق (الكوع).

ت- الصديدى المتجبن. هو نوع من الدرن الحبيبى الذى، بدلا من أن يتحول الى نخر جاف غير متقيح، يزداد فى الماين وارخاوة والاتساع الى أن يتحول الى خراجات ونواسير.

Caries Sicca(٤)Fibrinous Exudate(٣) Tumour Albous(٢)Edœma (١)

لا بد من الاشارة هنا الى تشابه الأوجاع بين داء المفاصل والسل المفصلي. وكان الاستاذ بونسه أول من نبّه الى الآلام المفصلية الناجمة عن السل الرئوى المزمن ووجوب التفريق فى العلاج بينها وبين داء المفاصل. ففى السل المفصلي لا يتأثر القلب ولا ينفع العلاج بالساليسيلات .

قد وضع الأستاذ فيزه جدولا للسل المفصلي بالنسبة الى الأعمار ، نورده هنا للفائدة .

موضع الاصابة	من ١ـ ٥ سنوات	من٦ـ ١٠ سنوات	من١١ـ ١٥ سنة
السلسلة الفقريه	١٩ر٣ فى المئة	٣٧ر٦ فى المئة	٣٤ر٣ فى المئة
مفصل الفخذ	١٥ر٤ » »	٤٠ر٤ » »	٣٢ر٧ » »
مفصل الركبة	١٧ر٤ » »	٣٠ر٥ » »	٤١ر٥ » »
مفصل القدم	١٥ » »	٤٠ » »	٤٥ » »
العظام الرسغية	٦٠ر٦ » »	١٣ر٤ » »	٦٦ر٦ » »
المرفق (الكوع)	٢٣ر١ » »	٣٠ر٨ » »	٣٨ر٥ » »
العظام المشطية	٥٤ر٦ » »	١٨ر٢ » »	٢٧ر٣ » »
مواضع مختلفة	٢٧ » »	٥٠ » »	٨٠ر٧ » »

وهنا أرى أن أشير الى نوعين من السل مع أنهما ليسا فى العظم نفسه ، فان لهما علاقة غير مباشرة به :

الأول ــ سل الكيس الزلالى الغمدى(١) أى الطبقة الغضروفية الوثيرة ، التى تقع فى آخر العظمة عند المفصل وتكوّن مع الطبقة المقابلة كيسا زلاليا لمنع احتكاك المفصل ، تتعرض للاصابة الدرنية ولها علاقة بالسل المفصلي .

(١) Tuberculosis of the Bursa

الثانى ـ سل غمد الأربطة(١) وهو يقع فى غلاف أوتار العضلات عند المفاصل ، حيث يتصل العضل بالعظم ، فيصبح نسيجا أبيض اللون شديد اللمعان نسميه « وتر » العضلة أو رباطها . وهو يشبه الشريط الرفيع فى شكله ويلتصق بالعظم التصاقا متينا . ولهذا الرباط غلاف لوقايته نسميه « غمدا » هو الذى يصاب بالمرض. والسل فى الكيس الزلالى والغمد يؤدى الى النتيجتين التاليتين :

١ ـ التهاب مع تصبب أو « ماء على الركبة » (٢) .

٢ ـ تورم فى المفصل كأنه نمو غريب ، اسفنجى الشكل .

يشعر المريض فى كلتا الحالتين بألم من الضغط و بصعوبة فى الحركة .

والعلاج يختلف بالنسبة الى اختلاف حالات المرض وربما اضطر الطبيب الى بزل الانسكاب المصلى أو ادخال الجليسرين واليودوفورم أو الى استعمال أشعة الشمس الطبيعية أو احتقان فعولى (٣) واعاقة مرور الدم أو تجربة العلاج باشعة اكس وعلى الأخص اذا كشطنا أولا الأجزاء المصابة .

---

(١) Tuberculosis of the Tendon Sheaths.

(٢) يجب ان لا يتصور القارىء ان كل حادثة « ماء على الركبة » هى اصابة درنية .

(٣) Bier's Hyperæmia

الفصل السابع عشر

بحوث أخرى في السل العظمي وعلاجه

قسمت فى الفصل السابق الى أربعة أقسام وهى: السمحاقى والعظمى والنخاعى والمفصلى . والآن انتقل الى دائرة من البحث ، حول الموضوع ذاته ، أكثر اتساعا وتنويرا للاذهان .

أن أشعة اكس تساعدنا فى تشخيص المرض مساعدة كبيرة . ولكنها وحدها لا تكتفى للتمييز بين أنواع المرض ومراحله المختلفة . فعلى الطبيب أن يلم بمعلومات أخرى عن المريض ، كتاريخ حياته وسنه وتفاعل دمه وعد كرياته ، ليتحقق نوع الاصابة . وأن يقوم بفحص الهيموجلوبين والزلال المفصلى وغير ذلك . فانه ليس من السهل التمييز مثلا بين السل المفصلى وداء المفاصل كما ذكرت قبلا . فالأمر يدعو أحيانا الى الملاحظة والدرس الطويل ، قبل أن يصل الطبيب الى تشخيص النهائى يتيح له أن يسمى العلة باسمها الحقيقى ، بعد أن يكون قد ظنها التواء فى عنق الفخذية (١) أو سلا نخاعيا فى العظم (٢) أو التهابا عفنا (٣) أو الزهرى أو الضنى (٤) أو السيلان الافرنجى أو الالتهاب المفصلى التشويهى (٥) أو التيفوسى (٦) وذلك لنشأ به اعراض هذه الأمراض كلها .

وعند العلاج ، نعتبر الهواء النقى والطعام الدسم أساسا دائما رئيسيا لا بد منه لمحاربة هذه العلة . ويحبذ الكثيرون تغذية المريض بطعام خال من الملح .

ومع أن الهواء أو ما نسميه «العلاج الأقليمى» لا تأثير له البتة على باشلس

---

(١) Coxa Vera (٢) Osteomyelitis (٣) Septic (٤) Tabetic
(٥) Arthritis Deformans (٦) Typhic



رولیه

كوخ نفسه ، فاننا نجد فى الانتقال الى مكان منعش ، مقو ، اما فى الجبال أو على شاطىء البحر، عاملا غير مباشر من عوامل الشفاء . واذا صرفنا النظر عن علاج السل الرئوى ، فان سل العظم نعالجه مباشرة باشعة الشمس حيث نصل الى نتائج باهرة . وهذا العلاج انشأه الدكتور روليه(١) ووضع له جدولا بيَّن فيه الوقت والتكرار اللازمين .

ومما يجدر بالذكر فى هذا المقام أن اقامة المريض على شاطىء البحر مع اعطائه جرعات من اليود تأتى بأفضل النتائج . وبديهى أن الاصابة السطحية أسرع تأثرا من الاصابات العميقة . فمفصل الورك والسلسلة الفقرية هما الأقل تلبية للعلاج باشعة الشمس . أما العظام الرسغية والمشطية فى القدم، فهى أكثر تأثرا . على أن عظام مفاصل الجسم الكتف والكوع واليد والأصابع متوسطة فى تأثرها . واذا قاومت الاصابات المفصلية المشتركة (٢) كل علاج سابق ، عرضنا العضو المصاب لأشعة اكس وحصلنا أحيانا على نتائج حسنة .

قد ثبت لنا أخيرا أن الحقن بالتوبركلين أو بالذهب ان لم يكن عديم الفائدة فهو قليلها . وتستعمل مؤسسات كثيرة «المادة المثيلية المضادة» أو «التضاد المثيلى» حقنا فى الجسم . وهذا المركب يحضر فى معهد باستور فى باريس ويستعمل لمعالجة الاصابات الخارجية ، كما يستعمل فى سل الغدد والحنجرة والكلى . ويجد القارىء تفصيلا مسهبا عنه فى فصل « علاج السل غير الجراحى » فى آخر هذا الكتاب .

اذا وقفنا امام اصابة تدرن فى العظم ، حائرين مترددين فى الحكم بقطع الجزء المصاب ، خائفين فى الوقت ذاته من ضياع الوقت ، فاشتداد المرض

---

(١) A.Rollier—(Leysin) (٢) فيها مكروبات اخرى خلاف باشلس كوخ .

وازدياد سمومه ، علينا أولا بالالتجاء الى طريقة « الاحتقان المنفعل » (١) التى يعود الفضل فيها الى الاستاذ الالمانى بير (٢). نربط الموضع المجاور للاصابة برباط يعوق رجوع الدم الوريدى، بدون ايقاف الدورة الشريانية وبدون احداث اى الم . ثم نرفع الرباط من حين الى آخر ، لاراحة الجزء المربوط . وهذه الطريقة العلاجية يمكننا استعمالها فى حالات كثيرة . وقد دلت الاحصاآت على ان كثيرين من الاطباء تمكنوا من معالجة وشفاء اطراف عديدة ، كان قد سبق ان حكم عليها بالقطع .

كلما كان المريض حديث السن، مكنته مناعة الشباب من الحصول على الشفاء . ولكننا لا نطلب من الطبيعة المستحيل والقاعدة القياسية هى انه فى سل مفصل القدم والركبة واليد والمرفق ، لا ينبغى الالتجاء الى العمليات الجراحية قبل مرور سنة او سنة ونصف سنة على الاصابة ، مستعملين فى اثناء ذلك علاجات أخرى . وفى سل مفصل الورك والكتف ، يمكن الانتظار حتى السنة الثالثة ، هذه هى القاعدة العمومية . ولكن هناك حالات كثيرة نعيرها اهتماما خاصا وتستدعى تغيير العلاج بحسب طول المدة او قصرها او نوع العلاج الذى يجب ان نتبعه . ويتوقف حكمنا طبعا على استعداد الفرد وحالته العمومية . ولكن فى الغالب لا بد من بتر العظم أو كشط المفصل ، اذا لم ينقطع الصديد منهما واصبح مزمنا .

فالصديد فى داخل الجسم ، ينهك القوى ويمنع الأعضاء من تأدية وظائفها بدقة وانتظام ويسبب انحطاطا فى الغدد الداخلية المختلفة . ويصبح اقوى العوامل الخبيثة ، التى تؤسس فيها فسادا دهنيا (٣) ، فيظهر شكل المريض عندئذ منتفخا قليلا ولونه كالشمع . وهى حالة فاسدة مرضية عمومية ، تدل على ان جهاز

---

(١) Passive Hyperæmia (٢) Bier (٣) Fatty Degeneration

المريض قد بعُد جدا عن الحالة الصحية .

يجب عند معالجة السل المفصلي أن نرمى الى غرض واحد وهو الوصول الى « التصلب فى المفصل » (١) أو تثبيته بوضعه فى الجبس، اى الى ايقاف كل حركة فيه . وهى حالة لا يمكن الوصول اليها ، الا بعد اختفاء كل أثر للتقيّح فى الجزء المصاب . ولكنى أدع للطبيب الاخصائى تفصيل ذلك وشرح العلاج الفنى باشعة الشمس أو البتر أو الكشط أو الفرز أو التداوى بالعقاقير ،اما عن طريق الفم أو بوضعها فى حفر العظم المتدرن ، كالزيت والجليسرين واليودوفورم والجوايا كول والكريوزوت والنفتول والكافور والفينول وغيرها .

وانهى هذا الفصل بتنبيه القارىء الى الأغلاط التى ترتكبها العامة فى تعليل عاهات المفصل الوركى والسلسلة الفقرية ، كما تفعل بالسل الرئوى .

أن العامة يستنكرون قولنا أن السل لا ينحصر فى الرئة، كما هو راسخ فى أذهانهم، بل يوجد فى كل عضو من أعضاء الجسم وأن سببه هو باشلس كوخ — المكروب الخاص الذى نعرف عنه الشيء الكثير — وتؤكد أن فلانا

لين عظام الحوض (٢)

أصيب بالسل (الرئوى طبعا) لأنه شرب من اناء قذر،فعل فيه فعل السم البطىء. وأن فلانا يعرج لأنه وهو طفل سقط من بين يدى مرضعته « وفك » وركه . وآخر له سنام (٣) لأن والدته لم تحسن حمله على ذراعها فغير الوضع مركز العظام. وهكذا نكاد نسمع تلك الأقاصيص يوميا،حتى فى العيادة، وعلى وجوه رواتها رزانة الحكماء وهيبة العارفين !

---

(١) Ankylosis (٢) Osteomalacia (٣) Hump

الفصل الثامن عشر

السل فى بعض الاعضاء الرئيسية الباطنية .

١ ـ سل البريتون (الباريطون أو الهُرْب) .

ما هو البريتون أو الهرب ؟ هو غشاء دهنى ، منتشر ضمن جدران البطن، يمتد من المعدة الى أسفل ويغطى جميع الأعضاء التى يحويها البطن . فباشلس كوخ وسمومه — بانتقاله من الأمعاء بواسطة الدورة اللنفاوية أو من غدد المشنّه أو المساريق (١) أو من قناة فللوبيوس (٢) التى تحمل البويضات فى الأنثى الى الرحم أو من الرئتين بواسطة الدورة الدموية أو ثانوية لاصابة الخصية فى الذكر — يهاجم هذا الغطاء ويسبب الالتهابات الآتية :

الموضعى : يتبع غالبـا اصابات الجلد أو الطحـال أو الأمعـاء . وكلما ارتفع مركزه فى البريتون ، اشتد نوع الاصابة . وربمـا كانت الاصابة مسببة فى الصغار عن الباشلس البقرى، الذى نجده فى اللبن غير المعقم .

الشامل : اشد الأنواع خطرا . فهو نتيجة اصابة درنية، جاورسية، حبيبية تفشت بالدم.



البريتون والثرب الأكبر (٣)

وهو فى الحالات المزمنة ، على نوعين :

الجاف : نشعر به عند الجس بشكل كتل قاسية ، منتشرة أو متراكمة فوق

Great Omentum (٣) Fallopian Tube (٢) Mesentery (١)

سطح البريتون . أو تجمّع التصاقات متسعة، بين الأثناء المعوية، تحضن أحيانا البريتون والمساريق والثرب(١) وتحجز البؤرة الدرنية كما لو وضعت فى كبسولة صلبة نشعر بها عند الجس . وأحيانا نجدها مصحوبة بارتشاح بسيط . وربما ثقبت البؤرة الدرنية النسيج الليفى المحيط بها ودخلت التواءاً معويا أو تسربت الى الخارج وظهرت على البطن وسببت ناسورا غائطيا .

المرتشح، الاستسقائى : يصحبه تجمع مائى ينتشر عرضا ويتحرك فى بادىء الأمر بسهولة، ثم يصبح ثابتا، ثم يكوّن جيوبا . ولا تصحبه بالضرورة حمى التدرن العادية، التى نسميها «حمى الدق»(٢)، ويقترن بقلة الشهية للطعام وباسهال شديد من وقت الى آخر . ويشعر المريض بألم بسيط، عند الضغط . واذا انتشرت الالتصاقات تغيرت هذه الصورة فيما بعد وابتدأ الضغط الداخلى وأصبح البطن صلبا ومؤلما جدا. ويشكو المريض مغصا حادا،صعب الاحتمال. وتصاب المرأة بالحمى قبل الطمث وفى أثنائه .

أن سل البريتون يصيب المرأة عادة عند البلوغ، كأن التكوين التناسلى عامل ينشط المرض . ولا تتعادل الاصابات فى سن الشباب بين الذكور والأناث، ويسلك هذا المرض طريقا طويلا جدا . ولا يشفى من تلقاء نفسه، كما يحدث فى حالات أخرى ورد ذكرها فيما تقدم، الا نادرا .

ولا يعرف فى بدئه بسهولة، اذ لا يكون لدينا ما ينبئنا بوجوده سوى اعراض عمومية كالحمى الثابتة والنقص المستمر فى الوزن وزيادة عدد كريات الدم البيضاء، على رغم أن المريض يكون فى سن الشباب . ولكن عند ما تظهر اعراضه فيما بعد، نجد لدى الجس سائلا أو كتلا قاسية تحت جلد البطن . ويصاب المريض بالاسهال المتقطع. ثم يظهر التفاعل بالتوبركلين ايجابياً ـ واذا

---

(١) Omentum (٢) Hectic Fever

أخذنا قليلا من السائل الموجود فى بطن المريض وحقنا به خنزير غينيا ، تظهر النتيجة إيجابية ـ عندئذ يصبح المرض واضحا. وقد يخطىء الأطباء فى تشخيص هذا المرض أحيانا . فرب تورم مبيضى أو التهاب الزائدة الدودية المزمن اعتبر سلا بريتونيا موضعيا ، فعولج خطأ بالأدوية وبالاشعة . والأولى فى هذه الحالة اجراء عملية جراحية .

أما علاجه ، فأشبه بعلاج غيره من أنواع السل . ولا ننسى أن نصف له مستحضرات اليود مع الاستشفاء باشعة الشمس وبمصباح ثانى أوكسيد السليكون المتبلور وبأشعة رونتجن بكثرة . أما العلاج بالتوبركلين ، فهو فى الحالات المرتشحة أكثر تأثيرا منه فى الحالات الجافة ،

ويجب تناول الغذاء الموافق ومحاربة الاسهال أو الامساك وتسكين الألم الحاد . وقد اتضح لنا أن استعمال المسكنات الساخنة على البطن ، يخفف من حدة الالم . ومن المحتم سحب السائل من البطن لنأمن شر اصابة ثانوية فى الحالات التى يتعذر فيها التنفس أو التى نجد فيها القلب فى خطر . ولكن هذه العملية لا تجدى نفعا كبيرا ، اذ أن السائل يعود فيتكون وفى وقت قصير يملأ البطن ثانية . أما طريقة نفخ البطن بالهواء للضغط على الاعضاء التى تفرز السائل ، ايقافا للارتشاح ، فالضرر من اجرائها يفوق النفع كثيرا . ولا أريد أن أذكر شيئا عن عملية فتح البطن، فى حالات كهذه، بل أترك الحكم فى استعمال هذا العلاج الخطر فى الوقت المناسب للاخصائى وللجراح .

٢ ـ سل الكبد : اذا أصيب الكبد (ولا تسرى العدوى الى الكبد الا بالدورة الدموية) ، استهدف لاحد الطوارىء التالية :

ا ـ التقلص أو الانكماش .

ب ـ التشحم أو الفساد الدهنى .

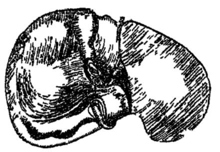
ت ـ التشمع أو الفساد النشوى .

يتألف الكبد من خمسة فصوص وله وظائف عديدة :

مخزن للجسم

وغدّة للافراز

وعضو للابراز ، (أى لاخراج المواد الفضولية) .



الكبد والمرارة

ا ـ تحوى الكبد مادة تدعى «النشاء الحيوانية»(١) وهى سكر يصبح بدوره كحولا ، يحرق فى الجسم عند الحاجه الى القوة ، للقيام بحركة عضلية(٢)

ب ـ تفرز المرّة أى الصفراء وهى مادة تساعد على هضم المواد الدهنية وامتصاصها . ولها أيضا خاصيات مطهرة طفيفة . وهى تخزن فى المرارة ، تحت الكبد وتسيل ببطء بحسب الحاجة اليها ، فى أقنية واقية فى الجزء الاعلى من الامعاء الدقيقة المسمى «الاثنى عشرى» (٣)، حيث تساعد على اتمام عملية الهضم.

ت ـ تبرز الكبد ـ اتماما لعملية النفض ـ المواد الفاسدة الناتجة من الحركة والقوة الفاعلية الجسدية وهى الاصبغة والحوامض الصفراوية(٤) والكولسترين واللستين واليوريا . فأن هذه المواد ـ وأهمها اليوريا أى البولينا ـ اذا لم تخرج من الجسم سممت جهازنا. والكولسترين . مادة غير أزوتية فى المادة النخاعية البيضاء فى ألياف الاعصاب ـ فهى لذلك عامل جوهرى فى تكوين جهازنا العصبى . أما اللستين ـ المادة الدهنية الازوتية ـ فهى عنصر جوهرى آخر فى

---

(١) Glycogen (٢) ارجو ان يتذكر القارىء كيف ان مجموعة الخلايا التى نسميها : جزر لانجرهانز والتى نجدها فى البنكرياس ، هى التى تحكم مقدار السكر الذى يجب ارساله الى الدورة الدموية او الذى يجب خزنه في الكبد . (٣) Duodennum

(٤) Bile Acids and Pigments.

الجزء الابيض من الجهاز العصبي . ونسمى بولينا أو يوريا الانتاج النهائى للتروجين أى الازوت الذى تحويه المواد الغذائية الزلالية كاللحوم والحبوب. وتتكون البولينا أو اليوريا فى الكبد وتتسرب الى الدورة الدموية وتصل الى الكليتين ، فتدخل فيها الى الاوعية الشعرية فى « أجسام ملبيجى » حيث تقطّر منها وتقذَف الى البول .

ففى « الانحطاط النشوى » ، تتضخم الكبد لدرجة جسيمة ولربما تمددت الى وسط البطن ووصلت الى السرة واشتدت كالمطاط ، ولكنها تبقى بدون ألم .

مما شرحته سابقا عن وظائف الكبد وما يطرأ عليها بواسطة التقيّح المستمر، من الانحطاط النشوى، الذى يغير أنسجتها وتكوين شرايينها، يستطيع القارىء أن يتصور الارتباك الذى قد يحدث فى الوظائف الافرازية والابرازية لهذا العضو ، اذ تتعرقل حركته فى انتاج الصفراء والنشاء الحيوانية وتقل قدرته تدريجيا على امتصاص الدهن وهضمه .

ينبغى التمييز بين أربعة أنواع من اصابات السل فى الكبد .

١ ـ التكوين الدرنى الجاورسى الحبيبى أو ما يقاربه .

٢ ـ بؤر صغيرة متعددة متجبنة .

٣ ـ وحدات متراكمة كبيرة الحجم ، نجدها على الاخص فى الاطفال المصابين بالسل البريتونى .

٤ ـ كباد مزمن (سرّوز)(١) . كما نجد فى الالتهاب المزمن المتأتى عن الاكثار من شرب الكحول . وقد شرحنا ذلك فى ما تقدم . ويصعب جدا التأكد من هذه الحالة والمريض لا يزال على قيد الحياة .

---

(١) اسكاش : Cirrhosis

٣ ـ سل الغدة الحلوة (البنكرياس أو البنقراس) .

هذه الغدة التى تقع عرضا فى البطن خلف المعدة ، تمتد من الطحال الى الاثنى عشرى فى الامعاء الدقيقة ، بطول ١٧ سنتيمتر وبعرض ٤ سنتيمترات . وفوق احتوائها على الخلايا المعروفة باسم « جزر لانجرهانز » المختصة بحفظ ميزانية استخراج السكر من الكبد ، لها افراز داخلى يصب فى مجراها المسمى قناة ويرسنج(١) . وهذا الافراز سائل شفاف ، عديم اللون ، رغوى ، يسمى « العصارة البنكرياسية » ويصب فى الاثنى عشرى قرب فتحة مجرى الصفراء ، فيساعد على الهضم .

الغدة الحلوة أو البنكرياس والاثنى عشرى

وهذه العصارة تحتوي على أربعة افرازات نسميها خمائر (الأنزيم) (٢) :

ا ـ « الهاضم الشحمى » وهو خميرة تؤثر فى المواد الدهنية فتحولها الى حامض وجليسرين .

ب ـ الهاضم الزلالى وهو مادة « كيماوية عضوية » تساعد على هضم اللحوم والمواد الزلالية (البروتيدية) .

ت ـ « الهاضم النشوى » وهو مادة تحول المواد النشوية الى سكرية اعدادا لهضمها .

ث ـ « الهاضم اللبنى » وهو مادة تحول اللبن الى جبن .

ويشك بعض اساتذة الفيزيولوجيا فى هذا النوع الرابع .

---

(١) Canal of Wirsung (٢) Enzyme

قلت أن هذه الغدة تضبط المواد السكرية ، بفعل افراز داخلي من مجموعة خلايا فيها نسميها « جزر لانجرهانز » (١) ، نسبة الى مكتشفها . ومنها نستخرج المادة المسماة : « أنسولين » (٢) . فاذا ما أصيبت هذه « الجزر » بضعف ، ظهر السكر فى البول وفى الدم ، فنستعمل اذ ذاك الأنسولين لضبط انبعاث السكر من الكبد . ولكنها اذا أصيبت بمرض السل ، عندئذ يظهر مرض « السكرى » بجميع اعراضه الدائمة. واذا صادفنا حالات شديدة من «السكرى» ـ استلزمت علاجا مستمرا بالأنسولين ـ قادنا الاستنتاج الصحيح الى الاشتباه بالسل فى البنكرياس . والبول السكرى يساعد بدوره على ظهور اعراض الارتشاح والتقرح فى الرئة ، لذلك تحتم علينا فى حالات السل، استمرار الغذاء بالمواد النشوية واستعمال الانسولين ، فيحتفظ المريض بواسطة حسن التغذية بمقدرته على مقاومة المرض . وهكذا نتمكن من صد الاصابة الدرنية .

٤ ـ سل الطحال :

لا تزال وظائف الطحال غير واضحة تماما.وانما نعتقد أنها ترتبط نوعا ما، بتكوين الكريات الحمراء وباعداد الهيموجلوبين الجديد . وهذا مجرد تقدير وتخمين . وكثيرون من علماء الفيسيولوجيا ينكرونه . لذلك نجد أنفسنا غير واثقين من تفسير الاضطرابات التى تحدث فى وظائفه والتى تسببها التغييرات المرضية فى حالة حلول الانحطاط النشوى فيه.

الطحال

والطحال عند ما يتضخم بالبرداء(الملاريا)، يصبح معدا لباشلس كوخ . واصابته فى الغالب ثانوية ، ناتجة عن التهاب جاورسى عمومى ، فتظهر الأنسجة المصابة متجبنة كثيفة وتحتوي على مادة صديدية جافة (٣) .

---

(١) Islands of Langerharns (٢) Insulin

(٣) اقرأ « الملاريا والسل » فى الفصل السابع والعشرين .

٥ ـ سل الغدد اللمفاوية :

يكون اصابة اولية مباشرة من باشلس كوخ نفسه .

أو اصابة ثانوية بواسطة الدورة اللمفاوية .

أو اصابة ثانوية بواسطة الدورة الدموية .

وهو ثلاثة انواع :

الجاورسى . المتقشّى . المتجبّن .

والغدد التى تصاب بهذا المرض هى الآتية :

ا ـ الغدد القصبيّة الشعبية .

ب ـ غدد الهوشه (المساريقا) (١) .

ت ـ غدد الفم والحلق والعنق وتحت الفك الأسفل أو تحت الأبط أو فى الأربية (المحلب) (٢)

٦ ـ سل الجهاز الهضمى :

الجهاز الهضمى قنـــاة طويلة تبتدىء بالفم وتنتهى بالمخرج . فباشلس كوخ يهاجم أى جزء منها ، كاللوزتين والبلعوم والحنـــك . واذا كانت اصابة اللسان حادة ، رأينـــاه بالعين المجردة وقد علته عقد درنية وظهر عليه الالتهاب .

الامعـــاء

---

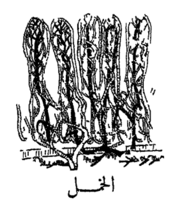
(١) Mesentery : الهوشه نسيج يمتد فى البطن على شكل مروحة ويلتصق احد حافتيه بالامعاء

(٢) Groin


المعـــدة

وكثيرا ما يهاجم الباشلس المعدة ويسبب فيها اصابة معوية حادة ، هى أهم جميع مضاعفات السل الرئوى . ويقدرها بعض الباحثين بنسبة ٤٠ ـ ٨٠ فى المئة من مجموع تلك المضاعفات. فالباشلس يصل الى المعدة من الرئة بطريق الفم ، اذ يبتلعه المصاب فيزرع المكروب فى قناته الهضمية .

فى السل المعوى نجد الأوعية الشعرية وأنسجة الخمل(١) مصابة بالفساد الشمعى ، شديدة كالمطاط الهندي ، غير قادرة على تأدية وظيفتها . يمر فيها الغذاء السائل فلا تمتصه الأمعاء الدقيقة ، بل ينحدر الى الخليطة ويقذف كالاسهال الى الخارج ، بدون أن يستفيد منه الجسم ، فتقل تغذية المريض وينقص وزنه وتنحط قوته ويصبح سقيما ، مصابا بفقر الدم الشديد ويموت من الهزال .

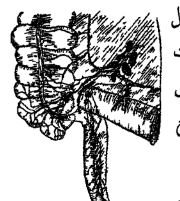

الخمـــل

أما القسم اللفائفى الأعورى ـ وهو الجزء الأيمن الأسفل من الامعاء ـ فهو معرض أكثر من سواه لاصابات السل على أنواع أربعة :

ا ـ القرحى : قرحة درنية أو أكثر ، على طول مجارى الدم والاقنية اللمفاوية فى الامعاء اذا تطورت وتحولت الى ندبية ، ضيقت قناة الامعـــاء

---

(١) Villi اصابع شعرية فى الامعاء تمتص الغذاء بعد ان يصبح سائلا .



وأدت أحيانا الى انسداد فيها ، يجعل التدخل الجراحى ضروريا . وربما تكونت التصاقات واسعة النطاق وظهرت فوق ذلك اعراض الالتهاب البريتونى وقد يضطر الجراح الى قطع جزء من الامعاء .

ب ـ الاعورى: المعى الاعور(١) . كيس على جانب البطن الايمن يصل المعى الدقيق بالمعى

الاعور والزائدة الدودية

الغليظ وتتدلى منه الزائدة الدودية(٢) فهذا يلتهب أحيانا تحت تأثير الاصابة ويكوّن خراجا ، فيصبح جداره الداخلى غليظا ، محتقنا ، مرتشحا . والجدار الخارجى خشنا ، مغطى بعقد صلبة .

ت ـ الدودى : غالبا ما يحسبه الطبيب التهابا بسيطا فى الزائدة الدودية ، فلا يصل الى تشخيص ايجابى نهائى الا بعد قطعها وفحصها تحت المجهر . فالكشف بأشعة اكس يساعدنا كثيرا على ذلك .

ث ـ الشرحى : يصيب الفتحة الشرجية فى نهاية القناة الهضمية فيكوّن فيها خراجا ، اذا فتح تحوّل الى ناسور صعب الشفاء . ويمكن أن يكون اصابة أولية . ولكن معظم هذه الاصابات ثانوى للسل المعوى أو بؤرة درنية أخرى فى الجسم. تنقل العدوى الى الشرج بواسطة الدورة الدموية .

أن التثبت من السل فى الامعاء صعب ، لا ينفع معه التعويل على وجود باشلس كوخ فى البراز . فقد يبتلع المصاب بالسل الرئوى بصاقه المحتوى على

Appendix (٢) Cœcum (١)

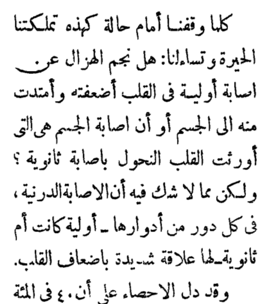
المكروب ، فيظهر فى برازه . ثم أن الامساك والاسهال ، اللذين يعول الطبيب على تعاقبهما ، لا يرافقان جميع الحالات . فينبغى اجراء فحص أدق لهذه الحالات ، مع ملاحظة اعراض أخرى أكثر وضوحا ، للوصول الى التشخيص الصحيح .

أما العلاج ، فطويل شاق ، يستلزم الراحة التامة للمريض واستعمال المقويات وتعريض البطن أحيانا لأشعة الشمس أو لمصباح ثانى أوكسيد السليكون المتبلور . ووضع ضمادات دافئة على البطن . واعطاء مسكنات عند اشتداد الالم . والمواظبة على حقن المريض بمحلول الكلس وأحيانا بالتوبركلين . واعطاءه ملينات ، اذا أصابه امساك . أو قوابض ، فى حالة الاسهال . وجميع ذلك موكول الى ذمة الطبيب الاخصائى .

الفصل التاسع عشر

القلب والسل

١ - حالة القلب : يعرف الاخصائيون الملمون بمرض السل على اختلاف أنواعه ، أن القلب ، اذا لم تطرأ عليه عوامل غير التى نحن بصددها ، كثيرا ما يصبح أثناء المرض أصغر حجما - شكله كشكل قطرة ماء متدلية . أعلاه دقيق ضيق وأسفله واسع مستدير - بحيث يضمر ويصبح أصغر من حجمه الطبيعى ويرى الشريان الابهر(١) - وهو الشريان الاعظم المنحدر من القلب بشكل قوس - دقيقا ، هزيلا ، مستطيلا ، يدل على التأخر فى النمو ويظهر فى الشكل الذى نسميه « الصدر المشلول » .



القلب والشرايين والاوردة الرئيسية

كلما وقفنا أمام حالة كهذه تملكتنا الحيرة وتساءلنا: هل نجم الهزال عن اصابة أولية فى القلب أضعفته وامتدت منه الى الجسم أو أن اصابة الجسم هى التى أورثت القلب النحول باصابة ثانوية ؟ ولكن مما لا شك فيه أن الاصابة الدرنية ، فى كل دور من أدوارها - أولية كانت أم ثانوية - لها علاقة شديدة باضعاف القلب.

وقد دل الاحصاء على أن ٤٠ فى المئة من حوادث نحول القلب ، كانت مرتبطة باصابات درنية حادة و٥٥ فى المئة ، باصابات خفيفة . لذلك لا يمكننا البت

---

(١) Aorta

نهائيا ، فى ما اذا كان هذا الضعف العضلى فى القلب ، هو فى حد ذاته اصابة أولية ، أم هزال ناشىء عن اصابة سابقة فى الرئة ولا يزال هذا الموضوع تحت البحث . ولكننا نعلم أن ٩٧ فى المئةمن المصابين بالسل الشديد، يصابون فى الدور الاول منه بهبوط واضح فى قوة الدورة الدموية .

٢ ـ مركز القلب : لا يقتصر فعل السل على أنسجة الرئة ، بل يؤثر فى شكلها وحجمها . ونجد أن الارتشاح المستمر فى البلورا ، أو ادخال الهواء فى تجويفها ، للضغط على الرئة ، أو تليف الانسجة الرئويةفى الاصابات المزمنة ، أو جفافها وتصلبها بعد زوال الارتشاح ، كل ذلك يقترن بازاحة القلب من مركزه فى الصدر ، سواء الى اليمين أو الى اليسار . وهذا التغير فى مركز القلب تابع للتغير فى أنسجة الرئة . واصحاب الاصابات المتوسطة لا يشعرون بنتائج سيئة من جرائه . ولكن عند ما يعترى القلب الهزال ويستولى الضعف على عضلاته ، يشعر المريض باعراض متعبة جدا . ويصبح الانخفاض فى نشاط الدورة الدموية ، أكثر وضوحا وأكبر مغزى .

٣ ـ سل القلب : أنواعه بالنسبه الى احزائه المصابة :

سل التامور (١) أو سل الشفاف : هو أهم أنواع السل الفؤادى على الاطلاق . والتامور أو شفاف القلب ، غشاء مزدوج ، له طبقتان رطبتان ، بينهما سائل يمنع الاحتكاك عند تقاص القلب وتمدده . والشفاف للقلب هو كالبلورا للرئتين . أما الاصابة التى تحدث فيه ، فهى من النوع الجاف ونادرا ما نجدها مصحوبة بارتشاحات . وسواء كانت نتيجة اصابة جاورسية عمومية ، أم درنية موضعية فى عضل القلب ، فان اعراض التدرن الجاورسى تظهر دائما فى هذا الغشاء .

---

(١) Pericardium

اذا كانت اصابة «التامور» حادة، شعر المريض بألم موضعي شديد وبصعوبة في التنفس . وازرق لون الجلد عموما وسمع الطبيب اعراضا داخلية كاحتكاك راقي «الشفاف» . الا اذا اقترنت الاصابة بارتشاحات ، فلا يسمع عندئذ صوت احتكاك . واذا نشف هذا الارتشاح ، على تراخي الايام ، التصق راقا التامور أحدهما بالآخر فوق القلب وتعرقلت حركة انزلاقهما أثناء الشهيق والزفير وأصبح التنفس أكثر صعوبة والنبض أقصر وأسرع . وكل خلل يطرأ على القلب ، الذي هو أشبه شيء بالطلمبة ، يؤدي الى ابطاء في الدورة الدموية : فاحتقان وتعب في الكبد، فمرض الاستسقاء في البطن . أما اذا التهب التامور والتصق عند قاعدته بقبة الحجاب الحاجز(١) ، ظهرت هذه الاعراض السابقة للمرض عنيفة جدا .

وترجع هذه العلة الى ثلاثة مصادر عليلة :

ا ـ الى الرئة او البلورا او عضل القلب أو غدد المنصف الصدري (٢) .

ب ـ الى غدد بجوار القلب ، بواسطة الدورة اللمفاوية .

ت ـ الى الدورة الدموية .

سل عضل القلب : هذه الاصابة نادرة جدا وغالبا ما تكون نتيجة تدرن جاورسي عمومي يطرأ على الجسم وتتميز اعراضها بسرعة النبض واختلاله وضيق النفس والازرقاق والدوار (٣) .

سل بطانة التجاويف : نشك كثيراً في حدوث هذا النوع كاصابة أولية في القلب .

وعلاج هذه الانواع مختلف ، كثير التعقيد ، يتفاوت بتفاوت الحالات والاشتراكات والاسباب وهو من شأن الأخصائي وحده .

---

(١) Diaphragm (٢) Mediastinum (٣) Dizziness

الفصل العشرون

سل العين والاذن والاعصاب

١ ـ سل العين :

اصابة العين تكون ثانوية، سواء جاءت من الدورة الدموية أم من الدورة اللمفاوية أم من التهاب درنى جلدى بجوار العين أم من الأنف . ولا تكون أولية ، الا اذا سرت العدوى عن كثب من جو موبؤ أو من استعمال مثلا مناشف ملوثة أو مناديل أحد المصابين أو من دلك جفن العين باصابع ملوثة بالمكروب .

والاصابة تكون على :

ا ـ الغشاء المخاطى أو الملتحمة.وهى تحدث كثيرا فى الاطفال . ونجدها عادة فى عين واحدة . تظهر عقدا صغيرة أو انتفاخات منتثرة على أساس أصفر مائل الى الاحمرار . وتطول مدتها وتصبح مزمنة وربما امتدت الى انسان العين(١) . ولكن هناك فرق بين هذه الاصابة وبين الرمد الحبيبى أى التراخوما . على أن المريض لا يشعر فى أول الامر بألم ما ولكن فيما بعد ، عند ما يلتهب جفن العين ، تبتدىء الآلام المبرحة .

العين

نعالج هذه الحالة بالاستئصال أو بالكحت (لا بالكى) وبمراهم اليودفورم. ومن الممكن تجربة العلاج بالاشعة وبحقن التوبركلين .

ب ـ القرنية : يمكن أن تصاب القرنية الصلبة اصابة ثانوية تصل اليها من

(١) الرئة .

الملتحمة، وفى معالجتها ، نستعمل علاوة على ما سبق ذكره ، محلول الاتروبين .

ت ـ شبكة العين : هى جهـاز العين العصبى المؤلف من خيوط عصبية ، مرتبة بعضها الى جانب بعض . ترتـكز عند قاعدة كرة العين، حيث تنطبع عليها صور الأشياء الخارجية التى ننظر اليها .

ث ـ عصب النظر : ينتهى هذا العصب فى شبكة العين . وينقل منها الى الدماغ صور المرئيات . واصابته بالسل من النادر جدا .

ج ـ حجاج العين أو محجر العين : أعنى به التجويف العظمى الذى ترتكز فيه كرة العين قد يصاب بالتسوس الدرنى اذا كان وراءه أو بجانبه خراج درنى.

٢ ـ سل الأذن :

هو فى الأطفـال أكثر منه فى الكبار . وغالبا ما نجد الاصابة فى الاذن المتوسطة . وربما وجدناها فى أجزاء أخرى من الأذن .

ا ـ سل الأذن الخارجية . يصيبهـا على أثر تقرح الجلد ، من خرق شحمـة الأذن (لادخال القرط) أو من افرازات درنية تسيل باستمرار من الاذن المتوسطـة الى الخارج . وهى اصابة قليلة الحدوث .


الأذن

ب ـ سل الأذن المتوسطة : هو الأكثر شيوعا ولذلك كان سل الاذن الحقيقى . تبدأ الاصابة فى الغشاء المخاطى وتخترقه هابطة ، حتى تصل الى عظام الأذن الباطنية المسماة « تيه » (١) .

ت ـ سل الأذن الباطنية : تتفرع منهـا الاصابة الى التجويف العظمى وراء الأذن الظاهرة ، المعروف بالخشاء(٢)، فيسبب ما نسميه السل الخشائى .

(١) Labyrinth (٢) Mastoid Process

يجب التحقق من حالة العظام قبل العلاج بالطرق الجراحية وأشعة الشمس وحقن الذهب أو التوبركلين .

٣ ـ سل الأعصاب :

يتركب جهازنا العصبي من ملايين الأعصاب ، كالنقط والخيوط، متصلة بعضها ببعض تدعى « وحدات النسيج العصبي » (١) . وهي تحرك أجزاء الجسم المختلفة . وكل منها يتألف من خلية(٢) ومحور(٣) أو أكثر . منها ما يحمل الرسائل من مراكز الفكر الى سائر أعضاء الجسم وبالعكس .

تتأثر غلافات المحور بسموم التدرن المتقرح، المزمن ، فتتورم . وتسبب ضغطا على نسيج العصب وألما مبرحا لا يطاق . ولا علاج لهذه الآلام الا المسكنات المختلفة .

وهنا انتقل بك أيها القارىء فى الفصل المقبل ، الى موضوع على غاية كبيرة من الأهمية : وهو موضوع السل السحائى .

Axis Cylinder (٣)   Nerve Cell (٢)   Neurone (١)

الفصل الواحد والعشرون

السل السحائى

السل السحائى هو تدرن غشاء الدماغ المؤلف من طبقتين هما : الام القاسية والام الحنون .

« الام القاسية » (١) ، أى الغشاء الظاهر لـكلا المخ والحبل الشوكى . وهو غشاء ليفى ملتصق بجدران الجمجمة .

والام الحنون (٢) . هى غشاء وعائى ، تحت الغشاء الأول ، يغلف الدماغ ، وفيه تنتشر الأوعية الدموية التى منها يستمد الدماغ الدم والغذاء .

عند ما نقول « سل فى أغشية الدماغ » (٣) نعني بذلك انتشاره (ثانويا) ، حتى فى السحايا الدقيقة العنكبوتية والام الحنون . وكما يقرر الاستاذ هوبشمان، ٧٥ فى المئة من التدرن الجاورسى انمـا هى اصابات درنية فى أغشية الدماغ . وتصل الغشاء بواسطة الدورة الدموية . أو ربمـا انتقلت اليه بواسطة الدورة اللمفاوية ، من الاذن المتوسطة أو من درنة جاورسيـة تحته فى الدماغ نفسه أو من عظم متدرن فى الجمجمة . أما القول بوصول العدوى الى هذه الاغشية من اللوزتين أو غدد الرقبـة ، فامر لم تثبت صحته الى الآن .

الدماغ

تسرى العدوى الى «الام الحنون» من اصابة جاورسية أو من اصابة رئوية

(١) Dura-Mater (٢) Pia-Mater (٣) Leptomeninges

متسعة . وأحيانا يظهر التدرن فى أغشية الدماغ ، بعد أن يكون أتم عمله فى الرئة ، فيكون نهاية التدرن الرئوى المتسع . ومن أسباب السل السحائى أحيانا ، تدرن البلورا أو عقد لمفاوية شعبية أو مساريقية متجبنة أو تدرن العظام أو المفاصل . وفى البالغين ، تدرن المجـارى البولية ولا سيما الاعضاء التناسلية .

ومما لا شك فيه ، أن هذه العدوى تصل الى الأغشية السحائية بواسطة الدورة الدموية . على أنه يجب التمييز بين :

ا ــ الالتهاب .

ب ــ ظهور الدرن الجاورسية .

ربما وجدنا احدى هاتين الحالتين أو كلتيهما فى غاية الحدة والشدة . واذا ظهر الاثنان معـا ، وجدنا الاصـابة تتبع مجرى الاوعية الدموية الـكبيرة ، عند قاعدة الدماغ ، بدلا من تحدبه . ولذلك سميناهـا تدرن الغشـاء السحائى القاعدى (١).

لا يبتدىء هذا المرض فجأة ، بل يصيب المريض فى بادىء الامر صداع وضعف فى القابلية وامساك وقىء . فيصبح قلقا متنبه الاعصاب مضطربا فى نومه، ثم تزداد هذه الاعراض شدة . وبعد اسبوع أو أسبوعين ، تصير الرقبة جاسية، تتألم من الضغط . حتى أن العمود الفقرى كله ، يصبح متوترا . وعند ثني الساق فوق البطن ، يشعر المريض بالآم مبرحه وهذا ما نسميه « علامة كرنيج » (٢). وحيث أن الاعصاب ، التى تحرك عضلات العين والوجه جميعهـا ، تتفرع من الدماغ عند قاعدة الجمجمة التى هى مركز الاصابة الرئيسى ، كان من البديهى أن تحدث اضطرابات مختلفة ، فى العين أو فى قعرها ، تسبب حولا (٣) أو ترجرجا

---

(١) Basilar Meningitis (٢) Kernig's Sign (٣) Strabismus

أو تشنجات(١) أو تخالف فى انسانى العينين .

عند ما يصاب الجوهر القشرى للمخ (٢) ، وهو المركز المحرك للاعصاب الارادية ، تظهر الاضطرابات فى الاطراف فيبتدىء بصعوبة قليلة فى الحركة ، تنتهى غالبا بشلل فى أحدهـا . وربما ارتفعت درجة الحرارة وصار النبض بطيئا ، غير منتظم ، ونسميه « تنفس تشينى ستوكس » (٣) ، أى ان الخفوق والتنفس ، بعد بطئهما لدرجة الانقطاع ، يرتفعان ثانية وتدريجيا .

ويصاب المريض دائما بامساك فى الامعاء ويبول فى فراشه . وعند التحليل نجد فى بوله زلالا . وهكذا يحل الضعف الشديد والسقم المضنى بسرعة .

والاستاذ الالمانى « شترومبل » يقسم المرض الى مراحل ثلاث :

١ ـ مرحلة التهيج المصحوب بصداع وقىء وتصلب فى العنق .

٢ ـ مرحلة الضغط أو الاستسقاء الدماغى ، نسبة الى ارتشاح يضغط على الدماغ (٤)

٣ ـ مرحلة الفلج (٥) المؤدية الى غيبوبة عميقة (٦) . وارتخاء فى العضلات المتقلصة . وزيادة فى سرعة النبض . واختلاف فى درجة الحرارة والتنفس .

تختلف مدة المرض . فاذا انتشر واتسع ، لا يدوم أكثر من عشرة أيام على الاكثر ، ثم ينتهى بالموت .

(رجوع التنفس) (انقطاع التنفس) (التنفس)

تنفس تشينى ستوكس (٣)

Cheney Stokes Respiration (٣) Cortex of the Brain (٢) Nystagmus (١)
Lethargy (٦) Paralytic Stage (٥) Hydrocephalus (٤)

ونعرف هذا المرض تماما ، عند ما تصبح الاعراض الآنفة الذكر ظاهرة . ولو أن ظهورها هذا لا يعد دليلا قاطعا على نوع المرض ، فلذلك نضطر الى فحص السائل المخى الشوكى(١) الذي نجد فى ٥٠ فى المئة منه ، باشلس كوخ . عندئذ يصبح تشخيص المرض سهلا ، اذ ندرك أنه التهاب درنى ايجابى أكيد فى فى أغشية المخ . أما فى الخمسين فى المئة الباقية ، فلا نجد السائل المخى الشوكى الا رنقا عكرا . وعلاوة على ذلك ينبغى لنا أن لا نتغافل فحص البصاق ، وتقدير وجود بؤرة درنية فى العظام أو المفاصل أو الرئة أو البلورا أو الأعضاء التناسلية وتخمين وجود فقر الدم (الأنيميا) أو داء الخنازير . فلو دققنا فى كل هذه الاعراض ، بصرف النظر عن السائل العكر الذى نجده فى العمود الشوكى ، امكننا الوصول الى تشخيص حقيقى صحيح .

أكثر ما يصيب السل السحائى الحديثي الولادة والأطفال ويكون حدوثه بسرعة ، تتفق مع المرحلة الأولى من التدرن ، أى التعقد الابتدائى . ولكنه بدلا من أن يقف عند هذا الحد، يمتد ويتسع حتى يصل الى حالتي التدرن الجاورسى والسحائى . ولذلك نجد هذا المرض ، كما قال الأستاذ ليون برنارد(٢) ، قليلا بين البالغين الذين أصيبوا فى حداثتهم بالتدرن وأصبحت لهم مناعة نسبية . أما النوع الجاورسى ، فيصيب الأشخاص الذين لا يكونون قد أصيبوا فى حداثتهم بأية بؤرة درنية فيكونون قابلين للعدوى بشدة . فيتسرب المكروب فيهم بسهولة ، الى الدورة الدموية .

وفى الجدول الآتى أثبت لنا الأستاذ هوبتمان ، العلاقة المتينة فى سن الطفولة ، بين التدرن الجاورسي والتدرن السحائى :

---

(١) Cerebro Spinal Fluid (٢) Léon Bernard—Paris



برنارد

السن	معدل الاصابات	الدرنية الجاورسية المقرونة باصابات درنية في السحايا	الدرنية الجاورسية غير المقرونة باخرى درنية فى السحايا	اصابات درنية فى السحايا فقط.
لغاية ١٢ شهر	٢٥	١٩	٤	١٢
من سنة الى ٥ سنوات	٨٩	٦٧	٦	١٦
« ٦ - ١٠ «	٢٦	٢٣	•	٣
« ١١ - ٢٠ سنة	٤٥	٢٥	٥	١٥
« ٢١ - ٣٠ «	٥١	٢٥	١١	١٥
« ٣١ - ٤٠ «	٣٢	١٤	٢	١٦
« ٤١ - ٥٠ «	٣٣	١٢	١٠	١١
« ٦١ - ٧٠ «	٢٩	٧	١	١
« ٧١ - ٨٠ «	٣	١	١	•
« ٨١ - ٩٠ «	١	•	•	•

نادرا ما نسمع عن شفاء التدرن فى السحايا . فأن هذا المرض، كما قلت سابقا ، ينتهى غالبا بالموت بعد الاصابة به باسبوعين الى أربعة أسابيع على الأكثر . وذلك يتوقف على سرعة سير المرحلة الابتدائية .

ولسائل أن يقول : اذن ما فائدة العلاج ؟ فاجيبه لا يأس مع الحيـاة . ونحن مجبرون على استعمال جميع الوسائل الممكنة ، حتى النهاية !

ومن وسائل المعـالجة وضع الثلج فى كيس على الرأس ، بعد حلق الشعر ودهنه بمرهم اليودفورم . واستعمال مغاطس لتسكين حالة المريض العصبية . ومرش المـاء الساخن . وبعضهم يستعمل دهن الرأس والعنق والظهر بمرهم الزئبق . . وينبغى تنظيف الأمعاء جيدا ، باعطاء الكالوميل ومنقوع السنامكى .

ويجوز اعطاء يودور البوتاس بجرعات موافقة للاطفال ، كما نعطيه أيضـا للبالغين . نوصف المخدرات فى الحـالات المضطربة ، عند المرحلة الأخيرة من من المرض. وقد تعطى كذلك المنبهات .

وبالاختصار ، يمكن القول أننا فى معالجة السل السحائى ، نحاول أن نشفى المرضى بقدر الامكان . ولـكن واجبنـا الأول هو تخفيف آلامهم وادخال الرجاء الى قلوبهم وبث روح الأمل فيهم . وهذا واجب انسانى !



الفصل الثانى والعشرون

سل الحنجرة

الحنجرة أو آلة الصوت ، ذات التركيب الدقيق الغريب ، نجدها فى القسم الأعلى من مجرى التنفس الى الجهة الأمامية من العنق،عند أسفل العظم اللامى(١) وجذور اللسان . تتصل بالبلعوم من جهة وبالقصبة الهوائية من الجهة الثانية . وهى للقصبة الهوائية كالمبسم للمزمار.تقع فى وضعها العمودى من السلسلة الفقرية أمام الفقرة الرابعة والخامسة والسادسة من فقرات الرقبة . وحتى سن البلوغ ، لا نجد فرقا عمليًا فى الحنجرة بين الذكر والأنثى.ولكن بعدالبلوغ،تنمو حنجرة الذكر كثيرا ، على أنه لا يطرأ على حنجرة الأنثى سوى تغيير طفيف .

يتألف هذا «الصندوق الصوتى» من غضاريف(٢) أكبرها حجما الغضروف الدرقى أو الترسى، الذى يصبح بعد البلوغ ، بارزا فى مقدم عنق الذكر . نسميه نحن تشبيها: «جوزة الرقبة» ويسميه الأفرنج استعارة : « تفاحة آدم » . . .

الحنجرة والقصبة وشعبتاهـا

والحنجرة فى الذكر البالغ ، قطرها عموديا ٤٤ مليمترا وأفقيا ٤٣ . ومحيطها ١٣٦ . وفى الأنثى البالغة ، قطرها عموديا ٣٦ مليمترا . وأفقيا ٤١ . ومحيطها ١١٢ . وتحتوى على نوعين من الأوتار :

١ ـ الأوتار « الكاذبة » ، التى لا صلة لها مباشرة بتكوين الصوت . ونجدها فى الجزء الأعلى من الصندرق الصوتى .

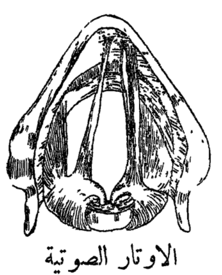
---

(١) Hyoid Bone (٢) جمع غضروف (Cartilage)

٢ ـ الأوتار « الحقيقة » ، التى تخرج الصوت . ونجدها فى أسفله .

فعند ما تصاب هذه الأوتار بمرض التدرن ، يظل الأمر ملتبسا علينا حتى يفقد المريض صوته .

ويصل باشلس كوخ اليها بواسطة : ١ ـ الدورة الدموية . و ٢ ـ الدورة اللمفاوية . و ٣ ـ التنفس . و ٤ ـ البصاق ، اخراجا وبلعا . فمروره باستمرار فى الحنجرة ، يعرضها للعدوى ويحدث فيها التهابا أو تقرحا درنيا . ولكن غالبا ما تقترن هذه الاصابة باصابة جلدية ذئبية ، نجدها على الوجه، فيكون الالتهاب عندئذ من النوع الليفى البطىء ، لا من النوع السريع المشتعل . والقاعدة العامة هى أن سل الحنجرة اصابة ثانوية ، أى أنه نتيجة بؤرة درنية حية موجودة فى مكان آخر من الجسم . وهذه القاعدة تطبق على ٢٠ ـ ٣٠ فى المئة من المصابين بالسل الرئوى الذين نجد فى بصاقهم باشلس كوخ . على أن لكل قاعدة شواذ ولكن لا تكون الاصابة أولية ، الا نادرا جدا .



الاوتار الصوتية

(منظر عمودى)

لهذه الاصابة أربعة أنواع :

المحتقن وفيه نجد الأنسجة متورمة .

المتقرح وفيه نجد الأنسجة ممزقة .

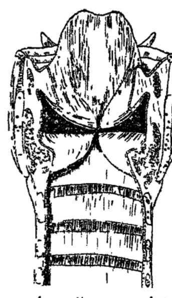
الملتهب ضمن الغضروف .

المتورم العمومى .

وقد يجتمع نوعان أو أكثر أو جميعها، فى آن واحد. ويقال أن الالتهاب يبتدىء فى جنب واحد من الحنجرة فى الجهة الموازية للرئة المصابة ولكن ذلك لا يزل قيد البحث . والذى نعلمه هو أن

التدرن غالبا ما يبدأ بتورم الجدار الخلفى، عند جذور الأوتار السفلى الحقيقية . لذلك يحصل تبدل وتغير فى رنين الصوت وحجمه. عندئذ يجب فحص الرئتين، ثم فحص حنجرة كل مصاب بالسل الرئوى، فمتى عرفنا المرض فى بادىء أمره، هيأنا له علاجا مناسبا وتمكنا من تداركه قبل استفحاله .

يشعر المريض فى الدور الأول من الاصابة ، بتعب وبسعال وبحة خفيفة فى صوته — وهذه الاعراض لا تلبث أن تشتد وتزداد وضوحا مع الأيام — حتى يصل المريض الى مرحلة الألم عند الازدراد . فلا يبقى عندئذ مجال للشك ويصبح التشخيص اذ ذاك سهلا . ولكن يعترضنا التمييز بين أمراض ثلاثة فى الحنجرة : ١ ـ السل . و ٢ ـ الزهرى . و ٣ ـ السرطان .



الحنجرة والاوتار

(منظر أفقى)

السرطان فى الحنجرة: يظهر بعد سن الأربعين، بين قواعد الأوتار الكاذبة والحقيقية، وينتشر أفقيا أو عموديا . ويهاجم الغضاريف ناخرا الانسجة ، فتبدو رمادية فاتحة .

يبتدىء المرض فى جهة واحدة من الحنجرة ويسبب بحة فى الصوت وأحيانا فقدان الصوت بالكلية(١) . وقد يسعل المريض ويتنخع بلغما مخاطيا ، صديديا ، ذا رائحة كريهة جدا . فاذا استمر فى الانتشار، هاجم الأعضاء المجاورة كاللسان والمرىء(٢) والبلعوم (٣) .

يصبح تشخيصنا للمرض أكيدا ، اذا قطعنا جزءاً من الورم وفحصنا بالمجهر ، الأنسجة التى يتركب منها .

---

(١) Aphonia (٢) Œsophagus (٣) Pharynx

الزهري في الحنجرة: اصابة أولية نتيجة «السبيروخيت» أي مكروب الزهري، الذي يدخل فم المدمنين على العلاقات التناسلية غير الطبيعية ويعلق بالحنجرة وهذا نادر . وقد رأيت حادثة كهذه اشتدت اعراضها وارتفعت الحرارة فيها وعولجت مدة طويلة كالبرداء (حمى الملاريا) !

أما القاعدة فهي اصابة ثانوية . ونجده كسائر الاعراض الثانوية للزهري ، مرافقا لاعراض اخرى خاصة كالطفح الجلدي وتضخم الغدد في العنق ولطخ مخاطية على الشفتين . وفي المرحلة الثانية من المرض ، تظهر الاصابة قروحا سطحية ، بجوار الأوتار الحقيقية ويصبح المريض أجش الصوت ابحه. ولكنها تضمحل بسهولة اذا استعملنا الأدوية اللازمة . ويشفى المريض بدون أن يسبب للطبيب المعالج تعبا كثيرا .

أما اذا بلغ الداء الدور الثالث من التقرح والتخريب في الأنسجة ، فانه يصبح عضالا . ونرى اذ ذاك تورما غريبا نسميه « صمغة » (١) . واذا اصيبت اللهات(٢) وحدث نخر في غضاريف الحنجرة،رافق بحة الصوت ضيق في التنفس.

أن تشخيص هذا المرض يتوقف على « تفاعل وسرمن » والتاريخ المرضي .

والآن نعود الى التدرن في الحنجرة فنقول: يخطيء من يؤكد أن هذا المرض لا يجيء اصابة أوليه . فأننا نجده في أشخاص لا أثر للتدرن في أي جزء من أجزاء جسمهم .

حدثنا الدكتور كارنو استاذ كلية الطب في جامعة باريس،عن ابنة كورسيكية جاءته يوما تشكو التهابا حادا متسعا في حلقها ، لم يسبب لها لا صعوبة في التنفس

---

(١) Gumma (٢) Epiglottis

ولا بصاقا ولا نزيفا من الرئة . ولم تكن تشكو الا من ألم شديد عند الشرب . فبعد فحص الالتهاب الممتد الى الحنجرة ، وجد فيه درنا جاورسية وباشلس كوخ . ولم يمر وقت طويل ، حتى أخذت تظهر اعراض التدرن الجاورسى فى الرئة . وظل التفاعل بالتوبركلين سلبيا . ثم ارتفعت الحرارة بشدة بعد ظهور الاعراض الرئوية .

أمام حقـائق كهذه ، نستنتج أن باشلس كوخ لجأ الى البلعوم والحنجرة وأحدث فيهما اصابة أولية . ثم بعد ذلك ، هاجم الرئتين والحق بهما الاصابة .

يسهل التشخيص اذا كان المريض مصابا بالسل الرئوى أو يشكو من بحة فى الصوت أو صعوبة فى الازدراد. فاذا فقد صوته بالكلية ـ وهذا نادر ـ اقدمنا حالا على فحص الحلق والحنجرة بالاجهزة الخاصة ، كمنظار الحنجرة . فربمـا وجدنا تقرحا متسعا أو رشحا ، اذ أنه يصعب علينا رؤية العقد الدرنية الحبيبية فى بادى أمرها ، لانها تكون صغيرة جدا .

فاذا وجدنا الرشح متجمعا بكثرة فى جانب واحد من الحنجرة ، شككنا فى الحال بمرض التدرن . واذا كان المرض فى مرحلة متقدمة ، ظهر عندئذ فى الحنجرة ارتشاح وتقرح وعقد درنية . وربمـا شكى المريض من ضيق فى التنفس . أما اذا كانت الاصابة مصحوبة بحمى أو كانت شديدة الشكيمة، مسببة لفقر الدم والنقص المستمر فى الوزن ، عندئذ يسهل التشخيص كثيرا . واذا عثرنا على باشلس كوخ فى البصاق، أصبح التشخيص بالطبع ايجابيا لا شك فيه .

يسهل الالتبـاس فى الحنجرة ، بين التدرن والدور الثانى للزهري ، أكثر مما بينه وبين السرطـان . لان الزهرى يحدث كالتدرن نخرا وتقرحا فى اللهاة ويساعد على التكوين الندبى .

أما علاج التدرن فى الحنجرة ، فيختلف كثيرا . ففى العـلاج العمومى

نستعمل المقويات وحقن الذهب فى الاوردة والعضلات والمادة «المثيلية المضادة» (التضاد الكحولى) من معهد باستور .

وفى العلاج الموضعى ، نستعمل الادوية الكاوية كالمنتول وحامض الاوليك والحامض اللكتيك والكحول. ثم أشعة الشمس المنعكسة ومصباح ثانى أوكسيد السليكون المتبلور ومصباح كرومار والدياترمى والراديوم . وهنا نقف تاركين التفصيلات للطبيب الاخصائى لانها لا تهم سواه .



الفصل الثالث والعشرون

التدرن في المجارى البولية

١ ـ سل الكلى :

قبل الخوض فى هذا الموضوع ، أريد أن أذكر كلمة عن الكلية وتركيبها الداخلى الدقيق وقيامها بعملها فأقول :

ترتكز الكليتان فى الجزء الخلفى السفلى من الجوف ، على جانبى السلسلة الفقرية . وهما مبطنتان بطبقة من الدهن . أطرافهما العليا على مستوى الحدود العلوية للفقرة الثانية عشرة الصدرية . وأطرافهما السفلى على مستوى الفقرة الثالثة القطنية(١) . والكلية اليمنى تكون عادة أوطأ بقليل من الرئة اليسرى وربما يرجع السبب فى ذلك الى امتداد الفص المجاور من الكبد .

الكليتان فى الاناث أحط فى الوضع قليلا منهما فى الذكور . والكلية اليسرى أطول قليلا وأضيق من الكلية اليمنى.أما معدل طول الكلية فهو ١١ر٥ سنتيمترا . وعرضها ٥ر٥ . وسمكها ٣ر٧ ووزنها فى الذكر بين ١٣٠ و ١٧٠ جراما . وفى الانثى بين ١١٥ و ١٥٥ . وتشبه الفولة فى شكلها .

يتألف داخل الكلية من أقنية صغيره تحمل البول وتنقسم الى : ١ ـ المتعرجة (٢) . و ٢ ـ المستقيمة (٣) .

فالأقنية المتعرجة تفرز البول وتسمى « غلافات » (٤) .

والمستقيمة تجمع البول وتسمى « أنابيب » (٥) .

الكليتان (منظر خلفى)

---

(١) Lumbar (٢) ذات التلافيف (Convoluted) (٣) Straight (٤) Capsules

(٥) Tubules

وربما يتساءل القارىء قائلا : كيف تجمع هذه الانابيب البول ؟ »

الجواب: أن منبع البول هو مصفاة شبكية عنقودية مؤلفة من أوعية دموية دقيقة تدعى «الحزم»(١) لانها تشبه كتلا مخروطية الشكل نجدها داخل الغلافات. والحزم بأجمعها أو بمجموع أنابيب ناقلة للبول وأوعية دموية وغلافات، تدعى «جسما ملبيجيًا » (٢) .

وتركيب «الحزمة» يسترعى الانظار : فهى تتألف من شريان كلوي صغير يسمى « الموصل الدخلى » (٣) ، أي الناقل من الطرف الى المركز . يحمل الدم الى الكلية مباشرة. ويتفرع بعد دخوله الحزمة الى عدة شعريات ملتوية تتجمع فيما بعد، لتخرج من الكلية بشكل وريد صغير، يسمى «الموصل الخارجى» (٤)، أى الناقل من المركز الى الطرف .

وهذا الغلاف ذو الطبقتين، المؤلف كما قلت من جزئين وهما: المتعرّج الذى يفرز والمستقيم الذى يجمع - يرتكز فوق الحزمة . وبواسطة خلايا(٥) فى طبقتها الفارزة، الملتصقة فوق الشعريات(٦) الدقيقة، المتفرعة من الشريان الكلوى، تمتص من الدم جميع العناصر المضرة والسامة لاجسامنا . فالكليتان اذاً هما من أعضاء النفض فى الجسد .

يقول الاستاذان بومان وهايدنهاين أن الاملاح غير العضوية (٧) والجزء المائى فى البول تفرز بواسطة الحزمة، بينما حامض البوليك والاجسام المشتركة الاخرى تفرز بواسطة الأقنية الملتوية أى الغلافات .

حسبي ما تقدم لاوضح للقارىء تركيب الكلى المختلط المعقد مبينا له كيف أن بعض الخلايا تمتص ، بقوة خاصة بها ، مواد ضارة لاجسامنا من شبكة

Efferent (٤) Afferent (٣) Malphigian Body (٢) Glomerulus (١)
Inorganic (٧) Capillaries (٦) Cells (٥)

الاوعية الدموية الدقيقة وترسلها إلى أسفل فتصل الى مجارى أوسع نسميها «الكؤوس الصغرى» (١) . ومنها إلى «الكؤوس الكبرى» (٢) ، حيث تصل إلى فسحة واسعة تدعى «الحوض الكلوى» (٣) . ومنه يجرى الحالبان (٤) الى أسفل حاملين البول الى المثانة (٥) . فمن هذا البيان ، يتصور القارىء عمل «التصفية» الدقيق الذى تقوم به خلايا الكلية والضرر الذى يستطيع باشلس كوخ أن يسببه لنا عند عبثه بأنسجتها أو تغييره لتكوينها .

يحدث التدرن فى الكلى بأحدى هذه الطرق الثلاث :

ا ـ أما أن يكون نتيجة اصابة درنية عامة ، تعرضت لها الكلية فبدت ملانة بالعقد الدرنية الجاورسية . وهذه الأصابة تنتهى بموت المريض .

ب ـ أوقد تكون الأصابة أولية فيستقر المرض غالباً فى كلية واحدة .

تبتدىء الأصابة فى الجزء الخارجى أى القشرة الجلدية ، ثم تشمل فيما بعد دهليز أو بهو الكلية الذى نسميه الحوض الكلوى . وهو الذى يمتد منه الحالبان كما بينت ذلك فيما تقدم . ثم تنتشر الأصابة فى داخل الكلية ، فتحول أنسجتها التى نسميها « النسيج الحشوى » (٦) ، الى كتل معتلة متجبنة . عندئذ نجد فى الكلية عقدا درنية جاورسية ، لاتعد ولا تحصى وجيشاً كبيراً مهاجماً من باشلس كوخ . وهذه الكتل الرمادية المتجبنة تتكاس مع الزمن ، فتمنع الكلى من تأدية وظيفتها و تتلف الأنسجة الصحيحة فيها .

فالتهاب كهذا ، بعد أن يتفاقم أمره فى الكلى ، ينحدر فى الحالب إلى أسفل وينتهى باصابة المثانة ، خلافاً لما يزعم الذين ينكرون وجود السل الكلوى

Ureters (٤)Pelvis of Kidney (٣) Major Calices (٢) Minor Calices (١)
Parenchyma (٦) Bladder(٥)

الأولى ويقولونه أنه دائماً من مضاعفات السل الرئوى .

ت : وأخيرا قد يكون سبب الأصابة فى الكلى ، امتداد من المثانة المصابة الى أعلى . وهذه الحالة تظهر على الأخص فى المراهقين الذكور المصابين إصابة درنية أولية فى الأعضاء التناسلية . لأن المجارى البولية والأعضاء التناسلية فى الذكور ـ خلافاً للاناث ـ تتصل بعضها ببعض . وفى مثل هذه الحالة ، قدتكون الأصابة فى الكليتين معاً فنجد الحالب متصلباً ضخما وربما تعذر وصول البول بعد حين من الكلية الى المثانة .

ومع أن التدرن فى الكلى يكون عادة بين سن العشرين والاربعين ، إلا أنه يحدث أحياناً فى أى عمر آخر .

أعراض المرض : يكون المرض فى البداية غامضا جدا ، يشتبه بوجوده فى الذكور أكثر من الأناث . فيشكو المريض ألما فى الجنب ويشعر دائماً بالحاجة إلى التبويل . وإذاحفظنا البول مدة ، وجدنا فيهمادة زلالية أوصديدية مصحوبة بالدم . وقد يكون هذا مانسميه «بول كيلوسى» أو « بول لبنى » (١) ، فيظهر كسائل أبيض تتخلله أحياناً عروق حمراء . ثم ينقص وزن المريض ويكثر عرقه ليلا وتعروه حمى متقطعة . وأحياناً ليسفر الفحص عن وجود باشلس كوخ فى البول نفسه .

عند تشخيص التدرن الكلوى ، يجب أن نتمثل أولا وجود مرض التدرن أما فى الرئتين أو فى الأعضاء التناسلية ، مع نفى كل التباس بين تدرن الكلى والحصاة الكلوية . فلهذين المرضين أعراض كثيرة متشابهة . ولكن الفروق الرئيسية بينهما هى أنه فى التدرن الكلوى (بعكس الحصاة) لايزيد التعب أعراض

---

(١) Chylous Urine

المرض . ويكون الدم فى البول أقل والوجع أخف على طول المجرى من الكلى إلى المثانة . ولا يحس المريض بالالم عند الضغط على الكلية العليلة .وبهذه المناسبة أقول أن مرض الحصى فى الكلى أكثر شيوعا من مرض التدرن .

وأكبر عون لنا على التمييز بين العلتين ، هو منظار المثانة (١) وتصوير الكلى بالأشعة . وأحيانا نسحب البول بأنبوب دقيق من كل كلية على حدة لفحص أفرازها عند العلاج الذى يجب أن نراعى فيه كل طريقة من طرق التدرن الثلاث . وربما استعملنا الاشعة البنفسجية أو أشعة اكس أو حقن التوبركلين أو محلول الذهب الذي لابد من الحذر والتحفظ فى استعماله . وربما لجأنا فى الحالات المستعصية الى العلاج الجراحى وإزالة إحدى الكليتين .

٢ ـ سل المثانة

هذه الاصابة قليلة الوقوع . وهى تابعة لاصابة الكلى وغالبا نجدها مرتبطة بتدرن الاعضاء التناسلية فى الذكور ، حيث نرى الداء فيهم يهاجم المجارى البولية والاعضاء التناسلية فى آن واحد . فى حين أن فى الاثى ، يصاب أحد هذين الجهازين لأستقلال الواحد استقلالا تاما عن الآخر .

تظهر الاجزاء المصابة فى المثانة بشكل عقد رمادية اللون مائلة الى الاصفرار أو نتوءات مستديرة . لاتلبث أن تنتشر داخل المثانة كلها وتمتد إلى أجزاء مجاورة لها ومتصلة بها . والمثانة خزان لجمع البول . وبطانتها التى تمنع النضح ، غشاء مخاطى ناعم كالمخمل أو القطيفة . اذا أدركه المرض تقيح وظهرت على أطراف القروح تلك العقد الرمادية السابق وصفها .

---

(١) Cystoscope

فى هذه الحالة ، يشكو المصاب لطبيبه كثرة التبويل والالم عند خروج البول وربما شكا عجزه عن ضبطه داخل المثانة . وهى حالة التهاب فى المثانة نسميه «ذات المثانة» ويكون فيه البول عكرا غيرشفاف ، له راسب لبنى يحتوى بعض كريات الدم الحمراء التى تخرج مع آخر نقط البول كما يشاهدها المريض.

فلو فحصنا البول تحت المجهر ، لما وجدنا فيه باشلس كوخ، لان هذا الميكروب يبقى فى الكليتين ويبعث بسمومه المرتشحة الى المثانة . فليس من الضرورى أن تنشأ الاصابة هناك من الميكروب نفسه بل غالبا ما يسببها شكله غير المنظور الذى سبق ذكره فى الفصل الاول . فهذه الاصابة اذن تابعة لاصابة الكلى لا يرجى شفاؤها إلا بازالة السبب الاصلى . لذلك نلجأ الى استئصال الكلية المصابة ، حتى لا يمتد المرض منها الى الاخرى . أما اذا كانت الكليتان مصابتين معا ، فلا يبقى لنا إلا العلاج العمومى المخفف المسكن الوقتى . ولكى نعلم اذا كانت الكلية مريضة أولا ، ندخل مرجاسا (١) دقيقا فى الحالب ونستخرج من الكلية نفسها بولا نفحصه تحت المجهر أو نحقن به خنزير غينيا ، لنصل الى نتيجة ايجابية .

جاء عيادتى بالقاهرة مريض فى الخامسة والستين من عمره . وكان قد قضى نحو عشرين سنة وهو مصاب بالتدرن فى الكليتين والمثانة . وصار يشعر بخفقان فى القلب وهبوط فى ضغط الدم . فقلت لزوجته ان لا أمل بشفائه تماما ، بعد أن أصبح على هذه الحالة . وكل ما أستطيعه هو تخفيف أوجاعه واطالة حياته على قدر الامكان . وفى الواقع لم تنقض ستة أشهر حتى توفى المريض على رغم العلاجات التى عوالج بها .

من العلاجات المساعدة على التدرن فى المثانة ، الاشعة البنفسجية ومصباح

---

(١) Catheter

فنسن والتوبركلين ، حقنا أوشربا واستعمال المطهرات الموضعية فى المثانة . ومن مخففات الألم استعمال الحرارة موضعيا .

٣ ـ سل المبولة

المبولة هى القناة التى يجرى فيها البول من المثانة الى الخارج . فاذا كانت مصابة ، نجد على طول مجراها عقدا جاورسية وأحيانا خراجات كبيرة . وهذه المبولة فى الذكر ، تمر عند قاعدة المثانة ضمن غدة تسمى «غدة المثانة» (١) لها علاقة بالتدرن المبولى .

أما العلاج النهائى ، بعد فشل العلاج العمومى ، فهو الاستئصال . وهى عملية جراحية خطيرة ، كثيراً ما تنتهى بالموت .

---

(١) غدة البروستات (Prostate Gland) .

الفصل الرابع والعشرون

سل الاعضاء التناسلية

ذكرت فى الفصل السابق ، أن تدرن المسالك البولية فى الذكر، يتناول الأعضاء التناسلية ، ذلك لاتصال هذين الجهازين بعضهما ببعض أما فى الانثى ،فالجهازان منفصلان ، فتقع الاصابة فى كل منهما على حدة .

١ ـ سل الأعضاء التناسلية الانثوية :

١ ـ سل قناة فلوبيوس (البوق) . قناتا فلوبيوس أو البوقان ترتكزان على الجانبين فى الاربية فتربطان المبيضين من الجهتين بالرحم . تمر بهما البويضات من المبيض الى الرحم حيث تلتقى بمنى الذكر فتتحد معه ويحدث اذ ذاك الاخصاب وتوليد الحياة .

تصاب قناة فلوبيوس بالتدرن أكثر من كل جزء من الاعضاء التناسلية الانثوية وتكون الاصابة غالبا أوليـة . وإذا امتدت اليها الاصابة من أجزاء أخرى من الجهاز التناسلى ،كانت فى هذه القناة أكثر شدة ولا يحدث المرض فى بادىء الامر تغييرات باثولوجية فى الانسجة . فلأجل التحقق من وجوده نعمد إلى فحص أفراز البوق المخاطى تحت المجهر ، فنجد الباشلس بسهولة . بعد أن يقطع المرض مرحلة من الوقت ، نجد أنسجة القناة متورمة غليظة وأحيانا رقيقة تنتشر فيهـا الدوالى (١) وتتمدد فيهـا الاوردة وتغطيها بثور جبنية درنية جاورسية .


القناة والمبيض

(١) Varicose Veins

وإذا قطعنا هذه الانسجة لنرى ما تنطوى عليـــه ، وجدناها مليئة مادة صديدية متجبنة . ووجدنا تغييرات فى غشائها المخاطى ، كما يحدث فى مواضع أخرى عندما تصاب بالتدرن ، كالاحتقان والتورم والارتشاح المسبب من الالتهاب الدرنى الذى يحيط عادة بالعقد المتجبنة المتبعثرة .

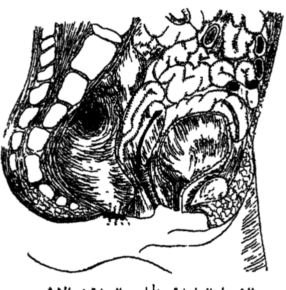
وفى الالتهاب الدرنى المزمن تلتصق قناة فلوبيوس بالاعضاء المجاورة لها وترتبط غالبا بالمبيض وأحيانا بالرحم وبالمعى المستقيم حتى وبالزائدة الدودية وبأجزاء أخرى من الامعاء . وفى هذه الحالات تنتفخ القناة وتتورم وتمتلىء مادة صديدية ويصبح نجيجها واضحا . وأحيانا تخرق المادة الصديدية جدارها وتتسرب الى جوفة الحوض وترسو فيـــه ضمن جيوب أو انعكاسات الانسجة المجاورة المختلفة .

وإذا تساءلنا عن سبب اصابة أعضاء الانثى التناسلية وعلى الاخص قناة فلوبيوس بالتدرن ، تطرأت الى ذهننا فكرة دخول باشلس كوخ محمولا على منى الذكر اليها . أما هذا الرأي فلا يمكن اثباته بعد ، على رغم أن البعض يؤكد زاعما أن هذا ـ ولو نادرا ـ يحدث أحيانا . أما وصول الباشلس الى هذه الاعضاء وعلى الاخص الى قناة فلوبيوس ، فيكون عادة عن طريق الدورة الدموية وتكون الاصابة أولية أو بالامتداد من اصابة سابقة فى البريتون . وبواسطة الافراز المخاطى ، تتسرب العدوى من القناة إلى الرحم والى المهبل (الفرج) . وأحيانا تنعكس الاصابة . أى أن الباشلس يتسرب من الاعضاء التناسلية الموبوءة ويزرع الاصابة فى البريتون .

ومما يساعد على ظهور الاصابة الدرنية فى قناة فلوبيوس ، عدم نمو الاعضاء التناسلية بعد البلوغ وبقاءها طفلية .

ب ـ سل المبيض . لا يصاب المبيض بقدر ما تصاب بقية الاعضاء التناسلية

الأنثوية . وقد يمكن أن تكون الاصابة أولية ، تصل اليه بالدورة الدموية . ولو فحصنا أنسجته تحت المجهر لظهرت لنا فيها بوضوح عقد جاورسية متعددة .


الاعضاء التناسلية والمجارى البولية في الانثى

أما الانسجة المجاورة للمبيض ، فتصاب كثيرا وتكون الاصابة ثانوية وتتسرب اليها من سل فى قناة فلوبيوس (البوق) أو فى جزء من الامعاء أو البريتون. وفى هذا النوع الأخير من الألتهاب ، عندما يتكاثر الارتشاح ويتسرب اليه الباشلس ، يملأ أحيانا جيب دجلاس (١) وينقل العدوى الى ثنايا البريتون فى الحوض .

أما التغيرات الباثولوجية التى نجدها فى الانسجة المجاورة للمبيض وثنايا البريتون فى الحوض ، فتشبه مانجده عادة فى أجزاء أخرى من البريتون . حتى أن الباشلس يمكن أن ينتشر فى المبيض نفســه ويظهر لنا ، مع طول مدة الاصابة ، ضمن عقد كبيرة متجبنة .

ت ـ سل الرحم(٢) . الرحم هو العضو الذى يحمل الجنين فى البطن عدة شهور . يصاب غشاؤه المخاطى وعضلاته بالسل . وفى أول الامر ، نجد عقداً جاورسية صغيرة مجهرية منتشرة على الاغشية ، وهذه العقد تكبر وتتجمع

---

(١) Pouch of Douglas : جيب دجلاس أو دوكلاس . وهو جراب مكون من ثنى البريتون بين المستقيم والرحم . (٢) Uterus

مع طول مدة الاصابة ، إلى أن تبدو لنا عقداً كبيرة متجبنة . ولا يقف عمل المكروب عند الغشاء المخاطى ، بل يخترقه أحيانا ويدخل الطبقات العضليـــة ويحدث ضعفا فى قوة الرحم على التقلص .

يصيب السل جسم الرحم أكثر من عنقه ، لأن العدوى تصـل اليه من قناة فلوبيوس وتنتشر إلى أسفل . وأحيانا ـ وانما هذا نادر ـ تستمر فى سيرها السفلى إلى أن تصل إلى المهبل (١)

ث : سل المشيمة (٢) . تصل الاصابة إلى المشيمة أى «الخلاص» ، غالبا كاصابة أولية عن طريق الدورة الدموية . ونجد الباشلس فيها منتشرا على سطح الخمل والعقد الدرنية ، بين خملة وأخرى . وتظهر بعضها متقرحة وقليلا مانجد العقد الدرنية ضمنها .

أما الغشاء الخوريونى ، أى الغشاء الخارجى من أغشية الجنين والغشـــاء الأمنيونى (الصاءة) أى الغشاء الداخلى ، المصابين بالتدرن ، فقليـــلا ما نجدهما متقرحين . وفى حالات قليلة جدا نجد باشلس كوخ ضمن جسم الجنين نفسه .

أما الاصابة فتدخل المشيمة أحيانا من أوردة الخمل المتقرحة المنمزقة ، وهكذا يتسرب الباشلس من الدورة الدموية فى الام الى الدورة الدموية المشيمية (٣) .

٢ ـ سل الأعضاء التناسلية فى الذكر .

١ ـ سل الخصية والبربخ (٤) والبروستاتة (غدة المثانة) .

يصل المرض الى هذه الاعضاء بالدورة الدموية وربما وصل اليها متبعا مجرى الأفراز المنوى . فمتى أصاب أحد الجهازين البولى أو التناسلى ـ وعادة يبدأ

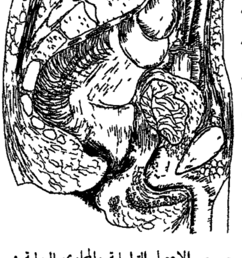
---

(١) Vagina (الفرج) . (٢) Placenta (٣) راجع قراءة النفس لاوب ويه يتضمنه عن الفيروس المرتشح . (٤) Epididymis

بالكلى ، أى أن الاصابة تمتد من أعلى إلى أسفل ـ لا يلبث أن يمتد إلى سائر الأجزاء فى أقرب مدة ويعم الجهازين معا . على أن البربخ يبتلى بأوفر قسط فتنمو فى أغشيته عقد صغيرة وتصبح بعد قليل واضحة فيبدو متضخما . وتلين هذه العقد أحيانا فيظهر فيها التجبن والتقرح أو يشفى البربخ من تلقاء نفسه . ولكننا فى الغالب نضطر إلى الاستعانة بالجراحة أو الاشعة المختلفة وحقن التوبركلين وأشعة اكس وما إلى ذلك من ضروب العلاج .

أما انساج العضو المصاب فتظهر محتقنة ونجد فى «الخللى» منها عقدا درنية متجبنة ، يزداد حجمها إلى أن تملأ المجارى والأقنيـــة .

ان الاصابة فى الخصية شديدة الشبه بما نراه فى الالتهاب الرئوى الشُعبي . أى أنها تمتد وتتسع فيها كاصـــابة مرتشحة ، متقرحة ، متجبنة . وأحيانا تتطور منقلبة الى نسيج ندبى .وعندئذ تبدو لنا الخصية كبيرة الحجم مورمة وعند الضغط عليها نجدها متحجرة .



حره من الاعصاء التناسلية والمحارى البولية في الدكر وارتباط معصها ببعص

أما الطبقة الغمديه للخصية (١) فتظهر الاصابة فيها كعقد صغيرة أو كبيرة وربمـا سببت ارتشاحا وقيلة مائية (٢) والتصاقا بين طبقتى هـــذا الغلاف . وهذه العقد تنخر أحيـــانا الطبقة الغمدية الخارجية والجـــلد

---

(١) Tunica Vaginalis (٢) Hydrocele

وتظهر عليه بشكل متقرح تجعلنا ندعوها «الخصية الاسفنجيّة». أو تسبب ناسورا يفرز مادة صديدية الى الخارج .

السل فى الخصية كثير الوقوع والاصابة به تقع فى كل دور من أدوار العمر . وتظهر فى خصية واحدة أو فى الخصيتين معا .

ب : سل الحبل المنوىّ (القناة الناقلة للمنى) (١) . يرتبط بسل الاعضاء التناسلية والبولية وتظهر فيه الانسجة متورمة ومغطاة بعقد متجبنة تسد أحيانا فوهة القناة فتعيق مرور المنى او تمنعه بالكلية .

ت : سل الحويصلات المنوية (٢). يرتبط بسل الاعضاء التناسلية والبولية وانما يمكن أن تصاب بمفردها بالباشلس الذى يتسرب اليهـا من الخصية. فيتكاثر فيها ويحدث التهابا فى غشائها المخاطى ثم ضررا حقيقيا فى انساجها . فتظهر العقد المتجبنة مصحوبة بتقرح واسع فى الاغشية .

واذا أصبحت ندبية وتشفيت ، أقفلت المخرج الى القناة التى تقذف بالمنى الى الخارج وانقلبت الحويصلات المنوية الى كيس مقفل يزداد مع طول المدة انتفاخا وتورما .

وبالاجمال يمكننى القول أن أعضاء التناسل تصاب بمرض السل اصابة أولية مستقلة أو ثانوية لاصابة درنية أخرى فى الجسم وعلى الاخص فى الرئة . ويكثر السل بين الاطفال الذين تتراوح أعمارهم ، بين السنتين والاربع سنوات ويسطو على الاولاد الاكبر سنا والبالغين .

Seminal Vesicles (٢) Vas Deferens (١)

الفصل الخامس والعشرون

السل والزواج والحمل

١ ـ الزواج : ان القاعدة العمومية هى أن كل امرأة أصيبت بالسل الرئوى ينبغى أن لا تتعاقد على الزواج قبل أن تتأكد ، لمدة ثلاث سنوات على الاقل ، أن رئتيها أصبحتا خاليتين من كل علامة فعالة للدرن . وبالطبع يجب أن يأتى هذا التأكيد صريحا من الاطباء الذين عالجوها ويستحسن تطبيق هذه القاعدة على الرجل أيضا .

٢ ـ الحمل : لا بد لى فى هذا الباب من اعادة بعض ما جاء فى الفصل الاول من الكتاب . فأقول أن الناس من أيام أبو قراط الى عهد كوخ فى أواخر القرن التاسع عشر (١٨٨٢) ما برحوا يعتقدون أن السل ينتقل بالوراثة فقط . ثم قال الاساطين بعد ذلك من كوخ الى فونتس فى أوائل القرن العشرين (١٩١٠) أنه يسرى بالعدوى فقط من العليل الى السليم . أما الآن فقد ثبت لنا بعد فونتس أن مكروب السل ـ بشكله المنظور وأسميه « شكل كوخ » (١) وغير المنظور ، أي سمومه المرتشحة وأسميه « شكل فونتس » (٢) ـ ينتقل بالعدوى وبالوراثة (٣) . وكما ذكرت فى أول هذا الكتاب ، يعود الفضل فى معرفتنا بانتقاله الى الجنين البشرى قبل الولادة ، الى الاستاذين الافرنسيين ارلوان ودوفور ، الذين قاما حتى سنة ١٩٢٦ بتجارب قيمة جليلة الفائدة ، ليس هنا مجال الاسهاب فى شرحها .

فأمام هذه الحقيقة ما الذى يفرض علينا عمله بازاء الحوامل المسلولات ؟ وما هو واجبنا نحو الام وجنينها على السواء ؟

---

(١) Type Koch (٢) Type Fontés (٣) راجع قراءة الفصل الاول .



جرانشه

ان القاعدة العمومية هى اعتبار الحامل المصابة غير صالحة لولادة طفل سليم ويجب اسقاط جنينها قبل نهاية الشهر الثالث من الحمل . واذا وضعت يؤخذ طفلها منها ويرسل الى وسط غير موبوء على طريقة جرانشه (١) الافرنسية . واذا كانت أمه مصابة اصابة متوسطة ، ربما أوجدت عدوى «الفيروس» المرتشح ، اذا كان خفيف الوطأة ، مناعة نسبية فى الطفل وتفاعلا يشبه ما يحدثه فيه لقاح ب. س. ج . واذا ترعرع هذا الطفل متأثرا بأشعة الشمس والهواء الطلق والغذاء الكافى ، نشأ سليما .

ولنفرض أن الام مانعت فى اسقاط جنينها ، فعلى الطبيب إذ ذاك أن يبدأ بمعالجتها بالاسترواح الاصطناعى. أي أن يحقن الهواء فى تجويف البلورا للضغط على الرئة. وكلما ارتفع الرحم، قلل الطبيب من كمية الهواء . أما بعد الولادة ، فندخل الهواء حالا وبكثرة لتعويض الضغط العمودى الذى كان يحدثه الرحم ويجب علينا اتباع هذه القاعدة العلاجية لان المرأة بعد الولادة تصبح فى خطر كبير من انقلاب الاصابة البسيطة الى جاورسية عمومية تنتهى عاجلا بالموت ، اذا لم نمنع بالاسترواح ، انتشار الميكروب . وبالطبع يجب أن يؤخذ الطفل من هذه الوالدة بعد الولادة .

ولكل حالة دواء فلا يصح أن نعامل الحامل فى مرحلة تكوين الانسجة الليفية فى الرئة كما نعاملها وهى تشكو اصابة رئوية فعالة .

والآن ونحن بهذا الصدد ، لابد من أن نتساءل عما اذا كان لم يئن الاوآن لتتخذ حكومات الشرق الادنى اجراءآت فعالة لمنع تفشى هذا المرض، فأقول : حيث أنه قد تبرهن لنا أن الام المصابة بالسل الرئوى توجد فى جنينها

---

(١) Œuvre Grancher-France

الاستعداد لهذا الداء وأحيانا الداء نفسه ، أفلا يجب على الحكومة أن تسن قانونا تحتم به على وزارة الصحة ايجاد مجلس طبي يحكم بتعقيم كل أنثى. بعد التثبت من اصابتها بالمرض . وبذلك نحول دون ولادة أطفال ضعفاء أو مرضى وزيادة عدد المصابين بهذا الداء ؟ (١)

(١) أعد قراءة الفصل الاول حيث تجد كيف ان «فيروس» الباشلس المرتشح ينتقل ، بواسطة الدورة الدموية المشيمية (الخلاص) ، من الام المصابة الي جنينها.

الفصل السادس والعشرون

السل والغـدد الصم

فى جسمنا غدد كثيرة ذات افرازات داخلية تسير مع الدورة الدموية أو اللمفاوية وترسو فى أعضاء أخرى تؤثر فى عملها . أي أن هناك علاقة متينة دائمة بين أعضائنا الداخلية وبين الأفرازات . فاذا طرأ على هذه الغدد طارىء كالتدرن، تطرّق الى عملها الأفرازى خلل لا نلبث حتى نرى نتيجته فى جسمنا .

١ ـ الغدة الدرقية . قائمة فى الجهة الأمامية من العنق وفى جانبيه . وتتألف من ثلاثة فصوص يسبب فقدانها السَّغل أو القزم بعد البلوغ . وأعراض هذا غريبة الشكل كقصر القامة وبروز البطن وبقاء الفم مفتوحا وصغر العينين وانتفاخ الجفون واكمداد اللون والبلاهة . وتحتوي الغدة الدرقية على اليود (١) . وقد أصبحنا الآن نعرف شيئا كثيرا عن علاقتها بالتدرن . ويمكننا القول ان استئصال هذه الغدة أو مرضها أو ضعفها (٢) يسبب ظهور التدرن بشدة . فى حين أن تضخمها وكثرة عملها (٣) يضعف أعراض السل . ويخفف وطأته.

نجد هذه العلاقة معكوسة مع افرازات الغدد التناسلية . أي أن كثرة افراز غدد التناسل ،كما يحدث فى زمن البلوغ أو وقت الحيض أو فى مدة الحمل ، يهيج السل الرئوى . بينما

الغدة الدرقية

---

(١) يوجد اليود بكمية كبيرة في غدة الخنزير أولا وتليها غدة البقر .

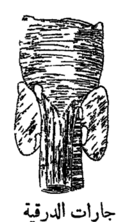
(٢) كما يحدث فى الاوديما المخاطية أو الصمة الدرقية : أى تجمع مادة شبيهة بالمخاط في النسيج الخلوى وحوله فى الجسم وعلى الاخص فى الوجه ، يحدث مع سقوط الشعر وضعف فى القوى العقلية .

(٣) كما نراها في «الجواتر» أو مرض باسيدو: وهو تضخم الغدة الدرقية وجحوظ العينين. أو سرعة النبض ، مع ارتعاش في الاطراف وضيق في التنفس ، مع أو بدون جحوظ في العيون .

الأخصاء (١) يسكنه . لذلك لا نبيح الجماع للمصابين بمرض السل . ونحتم عليهم الامتناع عن المهيجات (٢) وضبط النفس .

يخيل الى بعضهم أن ماراه فى المصابين بالسل من الميل الى الجماع ، هو نتيجة ملازمة لتأثير سموم المرض المهيجة للغدد التناسلية . وهذا خطأ ، فكثيرا ما يكون الوسط المغرى الذى يعيش فيه المريض وكثرة الغذاء الذي يتناوله وقلة العمل ، من دوافع الشهوة .

٢ ـ جارات الدرقية (٣) . يوجد عادة فى الجهتين العليا والسفلى من الدرقية أربع غدد صغيرة وأحيانا ستة أو ثمانية . وهذه الغدد الصغيرة الحجم تدعى جارات الدرقية وتختلف بتركيبها الحللى عن الغدة الدرقية اختلافا كبيرا . وهى خلافا لهذه ، ضرورية للحياة . ويقال أن لها علاقة بالتوازن الكلسى ومنع السموم من التراكم فى الجسم . فاستئصالها إذن يسبب الموت العاجل بعد ارتعاش وتوتر شديدين فى العضلات وكزاز .



جارات الدرقية

(منظر خلفى)

أما الاختبارات العديدة التي قام بها الكثيرون ، لتثبيت الكلس فى الجسم ولايقاف نزيف الدم من الرئة باستعمال خلاصة غدة جارة الدرقية ، فلم تسفر للان عن نتيجة مرضية .

٣ ـ وهنالك الغدة النخامية (٤) القائمة فى أسفل الدماغ للجهة الامامية فوق الانف . وهى تتألف من جزئين : الجزء الامامى وهو الاكبر . والجزء الخلفى وهو الاصغر . وكل منهما يستقل بنوع تركيبه . وكل جزء منها يفرز مادة مختلفة عن الاخرى .

---

(١) استئصال المذاكر او المبيضين . (٢) ولا سيما جلد عميرة . عند العذارى والفتيات

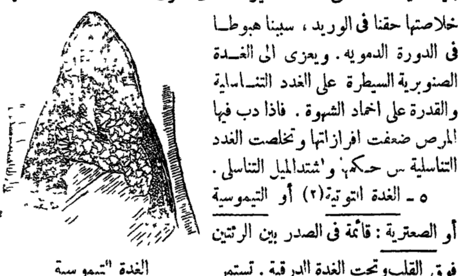
(٣) Parathyroid (٤) Hypophysis or Pituitary

فالجزء الخلفى يفرز مادة تقوى الضغط فى الشرايين . وتحدث اشتدادا وبطئا فى نبض القلب . وتدر البول من الكلى واللبن من الثدى . وتحرك عضلات الرحم وتسبب البول السكرى ولكن استئصالها لا يؤدى الى الموت. أما الجزء الامامى فيساعد على النمو وعلى حفظ السكر فى الجسم . فاذا دب فيه المرض، كبرت الأطراف وزاد النمو والسمنة . وضمرت الأعضاء التناسلية. واستئصاله يؤدي الى الموت . واذا تضخمت الغدة النخامية كلها،أصيب المريض بكبر الأطراف و ببول السكرى.

أن الغدة النخامية من عجائب التركيب الجسدى . فهى بافرازاتها تسيطر على أعمال غدد أخرى عديدة كالغدة الدرقية والغدد جارة الدرقية والثدى والبنكرياس وغدة ما فوق الكلى . وتؤثر على النمو والتناسل فى الجسم . فاذا مرضت وأصاب الفرد داء الأطراف أو السكرى ، علاوة على السل ، استفحل التدرن وكانت النتيجة وبالا .

٤ ـ الغدة الصنوبرية(١) قائمة فى أسفل الدماغ . يذهب بعضهم الى أنها بقية العين الثالثة التى كانت للحيوان الذى تطور منه الانسان . اذا أعطينا خلاصتها حقنا فى الوريد ، سببنا هبوطا فى الدورة الدمويه . ويعزى الى الغدة الصنوبرية السيطرة على الغدد التناسلية والقدرة على اخماد الشهوة . فاذا دب فيها المرض ضعفت افرازاتها وتخلصت الغدد التناسلية من حكمها واشتد الميل التناسلى .

٥ ـ الغدة التوتية(٢) أو التيموسية أو الصعترية : قائمة فى الصدر بين الرئتين فوق القلب وتحت الغدة الدرقية . تستمر


الغدة التيموسية

(١) Pineal Body or Epiphysis
(٢) Thymus Gland

فى النمو الى السنة السابعة من العمر . ثم يحدث فيها ضمور ونحول . وقد يتطرق الورم الى هذه الغدة فيفضى الى الموت . وهناك علاقة وثيقة بين نمو جسدنا وبين هذه الغدة . ويقال أنها تدفع عنا مرض التدرن فى الصغر .



غدة ما فوق الكلى اليمنى



غدة ما فوق الكلى اليسرى

٦ ـ غدة ما فوق الكلى (١) أو الكظران :

فى الجهة الخلفية من البطن يمينا وشمالا وراء البريتون ، فوق وأمام طرف الكلى الأعلى وهى جزآن : داخلى وخارجى .

فالداخلى يفرز الأدرينالين وله ارتباط بارتفاع الضغط فى الشرايين وبتقوية وبتهدئة نبضات القلب وبالاحتفاظ بميزانية السكر فى الجسد .

والخارجى أو القشرة ، لافرازاتها علاقه بعملية النمو والتناسل . وقد بين لنا وظائفها المعقدة براون سيكار فى ١٨٥٦ . والأساتذة اوليفر وشيفر فى سنة ١٨٨٤ . وما نعرفه الآن زيادة على ذلك هو أن قشرتها تحتوى فى الحالة الطبيعية ، كمية كبيرة من مادة ضرورية لمناعة

---

(١) Suprarenal Gland

الجسم. نسميها «لستين» (١) وتتضمن جزءا من «الكولين» (٢). فاذا فحصنا الدم فى المختبر الكيماوى ووجدنا، اللستين فيه قليلا. وفى الوقت نفسه، وجدنا هبوطا فى الدورة الدموية، أدركنااذ ذاك أن فى الغدة اعتلالا .

وفى سنة ١٨٥٥ اكتشف الاستاذ الانكليزى أديسون المرض الذى دعى باسمه، أوكما نسميه المرض النحاسى. ومع أننا نعزو ظهوره الى مرض «غدة فوق الكلى»، فأن له كذلك علاقة بمرض الغدة الدرقية والغدة التيموسية والغدة النخامية. ونجد مرض أديسون فى الذكور أكثر منه فى الأناث. تظهر فى المصاب أولا اعراض فقر الدم والتعب الجسدى والعقلى. ويصبح لون الجلد نحاسيا، مبتدئا بالوجه واليدين وتحت الأبط وبجوار الأعضاء التناسلية وحلمة الثدى، ثم على الجنبين والأكتاف. وأحيانا نرى هذا اللون على الأغشية المخاطية كالشفة واللثة والحلق وداخل الخد وعلى الأخمص داخل الجفن الأسفل. ومدة هذا المرض طويلة. ونعالجه بخلاصة الغدد وخصوصا «الفوق الكلى»، وأحيانا نحصل على تحسين فى اعراضه .

اذا انتقلت اصابة درنية الى هذه الغدة من الكلى المجاورة، تضخمت وأصبحت بحجم البرقوقة وأصيبت ببثور درنية متجبنة. وربما استهدفت أيضا لاصابة درنية جاورسية، فنجد فيها باشلس كوخ نفسه. فاذا عمها الداء، حل الضعف بجميع الجسم وفقد العليل القابلية للطعام وأصيب بسوء الهضم والأرق واعراض أخرى عصبية وانخفض ضغط الدم واسرع النبض وأصبح ضعيفا وظهر فقر الدم أى الانيميا وبدا الجلد أدكن اللون حتى داخل الفم والحلق. أما الكف وأخمص القدم والأظافر فتبقى على لونها .

وأما النساء المصابات فيتألمن كثيرا أثناء الحيض. واذا أصيبت الغدتان معا

Choline (٢)   Lecithine (١)

ـ وقد يحدث ذلك فى العقد الرابع أو الخامس من العمر ـ يطول المرض مدة خمس سنوات وينتهى بالموت .

نعود الى الكلام عن تأثير مرض التدرن فى افرازات هذه الغدة فنقول : أن ظهور اعراض مرض أديسون لا يحدث تلطيفا أو اشتدادا فى اعراض السل فلو حقنا المريض بخلاصة قشرة هذه الغدة (من اللستين والكولين) رأينا غالبا تحسنا فى سير مرض السل حتى ولو وجد مصحوبا بمرض أديسون .

وخلاصة القول أن علاقة مرض السل بالغدد الصم ، ذات الافرازات الداخلية،لهى علاقة عمومية، لارتباط افرازات الغدد وتأثير بعضها فى بعض . واذا تسرب مرض التدرن الى غدة واحدة، ربما اضطرب الجهاز الافرازى كله فاشتدت لذلك اعراض مرض التدرن.

الفصل السابع والعشرون

أمراض أخرى وتأثيرها على السل

كل مرض يستولى على الجسم فينهك قواه ويقلل من مناعته،يعرضه لمرض السل . وهذا ما يكثر حدوثه بين الأولاد الذين يصابون مثلا بالحصبة أو بالسعال الديكى . أما القول بان التهابات الحلق المتكررة والنزلات الشعبية المزمنة،تنتهى لا محالة بالسل،فيخيل الىّ أنه بعيد عن الصواب. والأصح الأرجح هو أن هذه الحالات مقدمات تشق الطريق وتمهده للسل اذا جاء بعدها .

١ ـ من هذه الأمراض المغرية ، الزهرى فى مرحلته الأولى. وهى مرحلة مقاومة المرض والاحساسية القوية وسرعة التأثر . فلو دخل مكروب السل فى هذه الفرصة السانحة ، لوجد فى جسد المريض ارضا خصبة صالحة لنمو بذوره بسرعة وحدة . ولكن اذا كان الزهري فى مرحلة تكوين الأنسجة الليفية، فلا يستطيع مكروب التدرن أن يعمل كثيرا على تخريب الانسجة . ولماذا ؟ لان التكوين الليفى هو الطريقة الطبيعية لايقافه. ولنذكر بهذه المناسبة المراحل الثلاث: التلقيح والانتشار وتكوين الأنسجة الليفية .

أما اذا دخلت الاصابتان الدرنية والزهرية فى وقت واحد فأن قوة الدفاع فى الجسم تتراجع وتنهزم وتؤدي الى أسوأ النتائج . وليس من النادر أن نجد هذين المرضين معا فى شخص واحد . واذا اجتمعا فيه أصبح لا يقوى على العلاج بالزئبق،فيعالج بالبزموت وعلى الاخص بالبيفاتول(١) والنيوسالفارسان(٢) والنوفارسنوبنزول(٣) . وأنى أنصح كذلك بتجربة مستحضرات الذهب التي

---

(١) Bivatol (٢) Neosalvarsan (٣) Novarsenobenzol

تستعمل فى علاج المرضين على السواء . أما الكاديور(١) وهو مزيج من الذهب والكادميوم، فالأفضل أن يعطى بانتباه، حقنا بالوريد وممزوجا بدم المريض . أما مستحضرات اليودور التي تستعمل فى مرض الزهري ، فيستحيل استعمالها فى مرض السل وهو فى دور الانتشار . على كل حال يجب أن نعمد الى فحص المريض بواسطة تفاعل وسرمان فى الاصابات المشتبه بها وعلى الأخص فى الأطفال الذين يكون أحد والديهم أصيب سابقا بمرض الزهري .

ومن الأمراض المساعدة للسل ، مرض الملاريا والسكر والربو :

٢ ـ نعلم أن الملاريا أصبحت علاجا لبعض أنواع « الشلل التدريجى » . ولكن كيف تؤثر فى التدرن ؟

أن الملاريا المزمنة تسبب فقر الدم أي الأنيميا فتضعف مقاومة الجسم للتدرن . وتؤثر هكذا تأثيرا غير مباشر ولكن الاستاذ الكساندر يقرر، بعد درس طويل، أن لا تأثير للملاريا بتاتا فى سير التدرن ، لو عالجناها بالطرق المألوفة الفعالة . ويذكر حادث طحال متضخم بالملاريا ظنه الذين عالجوه قبله افرازا بلوروريا درنيــا .

٣ ـ السكرى لا شك يضعف مقاومة الجسد . أما اذا دخل باشلس كوخ جزر لانجرهانز فى غدة البنكرياس وسبب مرض السكر، ندرك حينئذ ان الاصابة الدرنية فى جهاز المريض، قد تأصلت وأظلم مستقبله وأصبح أملنا بشفائه ضئيلا . فالسكرى الأولى بسيط ولكن اذا تمكن، كان سببا فى ارتباك شديد وخلل فى توازننا الصحى، يحول دون تمكننا من دفع التدرن أو حصره ضمن نسيج ليفى .

٤ ـ والربو . كثيرون من المصابين بالربو يخشون أن يكونوا مصابين

---

(١) Cadior

أيضا بالتدرن. وكثيرون يعتقدون أن الربو يؤدى الى التدرن، بدليل ما تظهره الأشعة أحيانا من تضخم فى غدد المنصف الصدرى. والصواب هو أن الربو لا يؤدى الى التدرن. بل بالعكس، فقد دلت الاحصاءآت على أن حلول التدرن فى المرضى المصابين بالربو قليل جدا.

الفصل الثامن والعشرون

التدرن الطفلى

أدرك القارىء مما تقدم ما للتدرن فى الطفولة من الشأن والخطر على حياة الأمة وما هنالك من الجهود التى تبذلهــا أوربا وأميركا لمــكافحته ومنع انتشاره بين الأطفال. فان فى هاتين القارتين قامت مؤسسات صحية كثيرة، للعناية بالأطفال تعرف باسم «الواقيات» . وفى هذه المؤسسات يجمعون الأطفال الضعيفى البنية، الذين يبدو فيهم استعداد لمرض التدرن. ويعالجونهم بالهواء النقى وأشعة الشمس والغذاء الصحيح والرياضة البدنية الملائمة التى تفرض عليهم، تحت رقابة طبية . وتختلف «الوقايات» عن «المصحات» (٢)، فى أنها تعنى بالأطفال عاملة على وقايتهم من غوائل مرض السل قبل أن يتأصل فيهم، على حد القول المأثور : «درهم وقاية خير من قنطار علاج» .

وهذه المؤسسات لا تكتفى بالعنــاية الصحية الواقية، بل تصرف جهودا كبيرة الى التربية العقلية والاخلاقية، بتطبيق برنامج مقرر للتعليم العملى المفيد يهيىء الولد لحياة تامة النواحى لا تفسدها البطالة . فهى والحالة هذه معاهد علمية تتوافر فيها شرائط صحية خاصة .

وقد ذكرنا فى الفصل الثانى من هذا الكتاب شيئاً عن مؤسسات جرانشه التى تستخدم ممرضات عائدات(٣) لهن مناطق خاصة . فتبحث كل ممرضة فى منطقتها عن الأمهات المصابات بالتدرن وتذهب من حين الى آخر لعيادتهن وارشادهن الى اتبــاع الأنظمة الصحية فى العائلة . وكثيرا ما تذهب باطفالهن الرضع الى

---

(١) Preventoria (٢) Sanatoria (٣) Visiting Sisters



ارماند دليل

مؤسسة جرانشة ، وهذه ترسلهم إلى مرضعات صحيحات الابدان في الريف بعيدا عن الجو الموبوء الملوث ، لينشأوا فى الهواء الطلق نشأة صحية .

والافرنسيون وعلى الاخص الاستاذ ارماند دليل (١) يستعملون كثيرا لقاح ب. س. ج (كالمت ـ جيران) للاطفال ، عند ولادتهم ، سواء كانوا مولودين من أمهات مصابات بالتدرن أو لا. والغرض من ذلك ، ايجاد تفاعل فيهم يكسبهم مناعة خاصة ضد المرض .

وعندى أن تلقيح أطفال الأمهات المصابات بالتدرن خطأ، لانهم يكونون قد لقحوا وهم فى الرحم، بسموم الباشلس المرتشحة التى تجرى فى دم الامهات. فالاجدر بنا اذن الأكتفاء بتلقيح الأطفال الذين أصيب آباؤهم . أو أى فرد آخر فى وسطهم ـ لا أمهاتهم . أما الأطفال المولودين من والدين سليمين وليس فى وسطهم مريض بالسل، فلا لزوم لتلقيحهم .

على كل حال ، لابد كما ذكرت قبلا ، من استعراض اختبارات سنين طويلة وجمع احصاءآت عن تجارب عديدة ، قبل أن نقرر نهائيا نفع هذا اللقاح ومقدار فائدته .

هكذا يبذل الغرب جهوداً جبارة فى محاربة التدرن الطفلى، علما منه بما يجره من المصائب على الاطفال ، فى مستقبل حياتهم ومما يخلفه فى جسم الامة جمعاء من العوامل الهدامة . فان هذا المرض يضعف النشاط ويستنزف القوى فى الفرد. والعاقل يدرك الفرق بين أمة يكثر فيها مثل هؤلاء الافراد وأمة خالية منهم .

وكلما زادت معرفتنا بهذا المرض الفتاك ، أدركنا التبعة الملقاة على القائمين بتربية الاطفال والعناية بصحتهم وضرورة فحص الاحداث من تلاميذ

(١) Armand Delille—Paris

المدارس من آن الى آخر. فقد أثبتت لنا المراقبة الدقيقة وجود هذا المرض حتى فى الاولاد الذين تبدو للعين أجسامهم صحيحة. وخلافا لما هو شائع بين الناس، من أن السل لا ينتشر إلا بين الطبقات الفقيرة المحرومة ، نجده أحيانا فى أطفال الطبقات الغنية، حتى تتوفر لابنائها جميع أسباب الراحة والرفاه من مسكن صحى وغذاء جيد ونحو ذلك من مقومات الحياة الهنيئة .

فللتأكد من صحة الصغار نستعمل امتحان (منتو) (١) ، بحقن مخفف محلول التوبركلين بين طبقتى الجلد . فاذا جاءت النتيجة ايجابية ، كان من المستحسن فحص الصدر بأشعة اكس وأخذ صورة عنه، لان الفحص بالمسماع وبالنقر لا يكفى لاثبات شىء قاطع . وكثيرا مايكون المرض فى أخف أدواره الاولى لايظهره الا الفحص الدقيق الكامل. فاذا أهملناه أصبح فى وقت قصير حادا وعلى جانب من الخطورة .

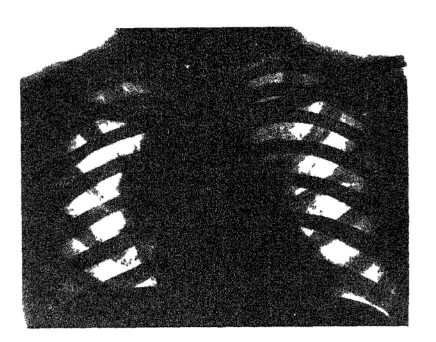
أما شكل المرض ومكان ظهوره فى الرئة ، فلايزال موضوع جدل ومناظره ، فليس فى وسعنا الجزم بشىء . وكل مانستطيعه هو أن نقرر مكان الظهور وشكله. وكيف أن المرض فى الطفولة ، اذا غلب على أمره ، وقف عند حد التعقد الابتدائى (الدرجة الاولى) اعواما عديدة، الى أن تظهره أحوال خاصة تضعف مناعة المرء فى زمن الشباب أو الرجولة .

كيف تسرى العدوى الاولى الى الطفل ؟

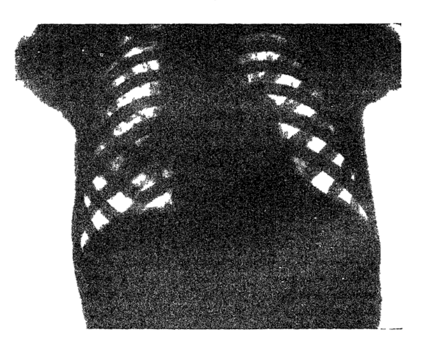
تسرى اليه وهو جنين من أمه . وبعد الولادة من مرضعته أو ممن يكونون من أهله فى المنزل على اتصال به . فقبل الولادة تسرى بواسطة الباشلس غير المنظور ، خلال الدورة الدموية المشيمية . وبعد الولادة بواسطة الباشلس المنظور بالمجهر . والفرق بين هذين النوعين من العدوى ، هو كالفرق بين قوة الباشلس

---

(١) Mantoux Test



اصابة درنية طفلية فى الزاوية الترقوية القصية اليمنى
(اصابة خطرة)



اصابة درنية طفلية فىالزاوية الترقوية القصية اليمنى
تنتشر الى أسفل
(اقل خطورة من الاولى)

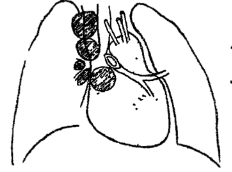
ووسائط سريانه فى كلتا الحالين . فالباشلس فى الجنين سموم مرتشحة ، قوتها أضعف من قوة الباشلس العادى . وواسطة سريانه واحدة، هى الام . أما بعد الولادة ، فوسائط سريانه جميع من يحيط بالطفل من المصابين .

كيف تظهر فيه العدوى ؟

تظهر على لوحة أكس: ١ . كعوبا (١) وعقدا (٢) لمفاوية متضخمة .

٢ . التهابات واحتقانات أو ارتشاحات رئوية فصية .

فى سنة ١٩٠٧ لاحظ الطبيبان فاريو وباره ، عند فحص أحد الاطفال بالأشعة، خيالات ثابتة حوالى القصبة الهوائية وشعبيتها . وبعد أن توفى الطفل ، فتحا صدره وتثبتا من أن الخيالات لم تكن سوى غدد ضخمها التدرن . ثم أظهرت الاحصاءآت العديدة بعد ذلك ، أن هذه الخيالات تقسم بالنسبة الى مواضعها وخطورتها الى ثلاثة أنواع :

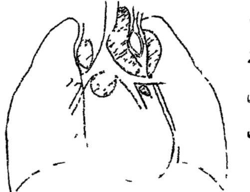


النوع الاول يظهر عند الزاوية الترقوية (٣) القصّية (٤) اليمنى وهو أشد الاصابات .



النوع الثانى يظهر فى الجهة اليمنى الى أسفل القصبة الهوائية . وهو أقل خطرا من الاول .

Sternal (٤) Clavicular (٣) Ganglia (٢) Nodes (١)



النوع الثالث يظهر وراء أعلا القص (١) عند الزاوية الترقوية القصبة اليسرى و ينتشر الى أسفل وهو الذى تدفس الصعداء عند اكتشافه ونعلل انفسنا بالشفاء (٢)

و يساعد الطبيب على معرفة هذه الانواع . أعراض جمة هي في الغالب الحمى والسعال وما ينقله سماع الصدر من لغط يدفعنا إلى التثبت منه بواسطة الاشعة. فبدون هذا التثبت قد يستمر الطب فى معالجة الطفل معالجة لا علاقة لها بالتدرن .

و تتراوح المدة اللازمة للشفاء بين السنة والسنتين تختفى على أثرها خيالات الغدد المصابة أو تتكلس بعد شفائها ويستمر ظهور خيالاتها بالأشعة .

تكاد تكون أنواع الأصابات فى الرئة مشابهة للاصابات فى الغدد اللمفاوية السابق ذكرها ،من حيث مواضعها وخطورتها كما سترى .

فالاحتقانات الرئوية ، عندما تظهر فى الفص الأعلى من الرئة اليمنى ، تنذر بشدة الأصابة .

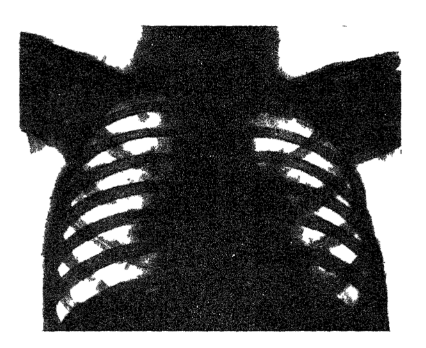
وعندما تظهر فى الفص الأوسط من الرئة اليمنى ، تكون أخف وطأة من الأولى .

أما متى ظهرت عند بزرة السرة اليسرى ، أى مكان اتصال شعبة القصبة الهوائية بالرئة اليسرى ، فتكون أقل الأنواع الثلاثة شأنا .

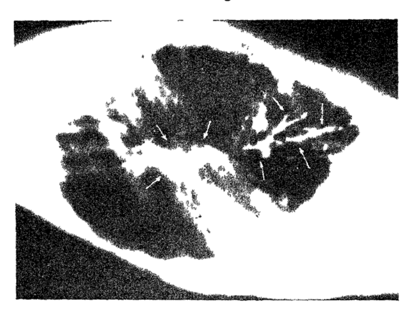
---

(١) عظمة الصدر الجامعة للاضلاع .

(٢) انظر الى رسوم الاشعة في هذا الفصل وهى تمثل ايضا الانواع الثلاثة لاصابات الغدد في سل الطفولة.



اصابة درنية طفلية فى الزاوية الترقوية القصية اليسرى
تنتشر الى اسفل
(تنتهى غالبا بالشفاء)



تمزيق فى الشعيبات وانسجة الرئة
بدا واضحاً بعد ادخال محلول اليوديبين
او الليبيودول عن طريق الحنجرة

بعدما تقدم من الشرح ، يهم القراء عملياً أن يعرفوا ما يجب أن نصنع بالاولاد المصابين بهذه الأنواع من السل كل على حدة ، فأقول :

ان الذين يصابون بعدوى خفيفة لايحتاجون من أنواع العلاج الا الى تقوية عمومية لأجسامهم . ولا بأس عليهم من متابعة دروسهم بالرغم مما يظهره الامتحان بالتوبركلين من تفاعل إيجابى والاشعة من تكلس درنى .

أما الذين تتمكن العدوى منهم وتظهر ظهورا جليا ، بعد أن يكون الاهمال قد أخفاها زمنا قصيرا ، فهؤلاء يرسلون الى «الواقيات» لمعالجتهم وتعليمهم معاً .

وأما الذين يكونون قد أصيبوا باحتقانات رئوية فى التهابات فى الغـــدد اللمفاوية ، طال أمرها واشتدت وطأتها ، فيرسلون حالا الى « المصحات » حيث يحتم عليهم بالانصراف عن جميع الجهود العقلية والجسدية .

يجب التعويل على الأخصائيين فى تفسير تفـاعل التوبركلين وما تظهره الأشعة على لوحتها ، لان ما تشير اليه هذه النتائج وما يقتضى من علاج ، يختلف باختلاف حالات الاولاد المرضى واستعدادتهم الطبيعية .

وكذلك لاغنى لنا عن الاخصائيين فى الاشراف على «الواقيات» و«المصحات» وفحص التلاميذ لتدارك المرض اذا ظهر ، قبل تفاقمه والتمكن بذلك ، من ابقاء الكثيرين منهم فى مدارسهم .

الفصل التاسع والعشرون

التدرن الطفلي في الكبار

انتهى الفصل السابق بالاشارة الى امكان معالجة التدرن الطفلي . فما هو التدرن الطفلي ؟

هو السل الرئوى الذى لم يسبقه تعقد ابتدائى ولا ينحصر فى الاطفال ، بل نجده أحيانا فى البالغين من الجنس الأبيض وبكثرة فى البالغين من غير البيض، كالسودانيين وسكان الفيلبين والموريين وهنود أميركا والاستراليين الأصليين . والسبب فى ذلك، هو أن مناعة هؤلاء ضعيفة ، لان بأشلس كوخ حديث العهد فى بلادهم ، أدخله اختلاط الشعوب الشمالية بهم .

السل الطفلى على ثلاثة أنواع :

١ ـ ذو البؤرة أو البؤر التى نجدها غالبا فى الجزء الخارجى من الرئة بالقرب من البلورا . وفى الحالات الحادة ، تتسع هذه البؤر وتتناول باحتقاناتها فصا من الرئة أو أكثر .

٢ ـ ذو البؤر المتجبنة الندبية التى يتراوح قطرها بين عشرى وخمسة أعشار السنتيمتر، فى أى جزء من أجزاء الرئة . وفى هذا الغلاف الندبى يكمن المكروب .

٣ ـ ذو البؤر المتكاسة . وهى عبارة عن بقعة بيضاء تظهر على جدار الرئة الداخلى .

ولا تظهر هذه الانواع الثلاثة مجتمعة أو متفرقة الا بعد أن تكون الغدد اللمفاوية، المجاورة للقصبة الهوائية وشعبتيها، قد غلبت على أمرها .فهى خط

الدفاع الاول ولهاوظيفة المصفاة فمتى التهبت، علمناأن الانتصارقد تم للباشلس عليها فيتسرب إلى أنسجة الرئة . فالتدرن الطفلى يشمل الالتهاب فى الغدد اللمفاوية المذكورة وأنسجة الرئة فى آن واحد ، ولا ينحصر فى الصغار ، بل يتعداهم الى الكبار الذين تكون أنسجتهم عذراء.

أما أعراضها فتظهر لنا على أحد هذه الصور الآتية :

١ - عقدة درنية صغيرة فى الرئة قد ترافقها عقد لمفاوية حول القصبة وشعبتها .

٢ - احتقان محصور أو منتشر يصيب أحياناً فصا كاملا من الرئة، قد لا ترافقه عقد لمفاوية متكلسة (حول القصبة وشعبتها).

٣ - احتقان يحدث انتشاره نخراً فى الأنسجة وتحفيراً . وهذه الحفر تشفى أو تتحول إلى منبع اصابات أخرى فى أى موضع من الرئة . وقد تصبح مصدرا لأصابة عمومية فى الجسم .

٤ - احتقان واضح فى الرئة غير مقرون بعلامات أخرى للمرض، سوى التكلس أحيانا فى العقد اللمفاوية حول القصبة وشعبتها .

٥ - بروز كتل من العقد المتجبنة (رسومها وشرحها فى الفصل السابق) فى الجهة اليمنى أو اليسرى من أعلا الصدر وراء عظم القص .

أما الفرق بين السل الطفلى (أى الاصابة الأولى) والسل المتجدد فى الكبار (أى الأصابة الثانية) ، فهو :

ان السل المتجدد ، هو استيقاظ الأصابة بنفس الباشلس الكامن فى الجسم بعد رقاده طويلا . أو وقوع اصابة جديدة بميكروب جديد فى جسم أصيب قبلا بالتدرن .

٢ ـ ويظهر عادة فى الثلث الاعلى من الرئة اليمنى . أما اذا ظهر فى الثلث الاسفل فيكون قد سبقه تمدد وتمزيق فى الشُعَب والأنسجة الرئوية .

٣ ـ ويكون مقروناً اما باحتقانات ، فنخر ، فتحفير ، فانتشار يسبب الموت . أو بتجبن وتليف ندبى فتكلس فشفاء .

٤ ـ ولا يكون مصحوبا بالتهاب شـــديد فى العقد اللمفاويه القصبية الشـعبية .

٥ ـ اذا جاء متجددا فى الصغار ، اعتبر حالة شاذة تنتهى سريعا بالموت .

أما السل الطفلى ، وهو السل الذى يظهر عادة للمرة الأولى فى الصغار واحياناً فى الـكبار ، فيـكون :

١ ـ سليم العاقبة عند البالغين .

٢ ـ وينتهى بالامتصاص فلا تترك الارتشاحات البسيطة فى الرئة أثرا لوجودها .

٣ ـ وقد يتطور متحولا الى تجبن تاركا أثرا للتكلس أو يتقدم فيتحول الى حالة النخر والتحفير وينقب أنسجة الرئة . وهو من هذه الناحية يشبه السل المتجدد .

٤ ـ ولا يظهر كالسل المتجدد فى موضع معين من الرئة .

٥ ـ وتلتهب معه الغدد اللمفاوية حول القصبة الهوائية وشعبتيها وكذلك الغدد خلف القلب . ولـكن هذه لا يمكن رؤيتها بالأشعة، لـكثافة القلب أمامها .

يهمنا الآن التمييز بين السل الطفلى واصابات أخرى غير درنية لا علاقه لها بمرض السل، كالنزلة الرئوية الشعبية الحادة ، أو مرض هودجكن اى



کلاینشمت



ليمفادينوم ، التى تشبه السل باعراضهـا كالاحتقانات والارتشاحات فى الرئة . وتضخم غدد الصدر .

فالنزلة الرئوية الشعبية ، اذا كانت حادة ، تسبب كثافة فى الرئة مصحوبة بارتفاع سريع فى درجة الحرارة واعراض تسمم عمومى شديد .

ومرض هودجكن يسبب فوق التضخم القصى الشعبى تورما ، فى الغدد اللمفاوية حول العنق وتضخما شديدا قد يمتد الى الغدد تحت الابط وفى الاربية .

وربما تكونت مادة صديدية وتحولت الى خراج فى الرئة . أو يكون هناك خراج فى المنصف الصدرى ، فتزداد صعوبة التمييز . ففى هاتين الحالتين نعود غالبا فى تعليل السبب الى وجود تقيح فى اللوزتين أو الى عملية جراحية فى الحلق ، عندما لا تكون الرئتان سليمتين من النزلات الصدرية أو تجدد ذات الرئة بعد شفاء حديث أو انزلاق مادة صلبة الى القصبة الهوائية واستقرارها فى احدى شعبتيها .

وقد تنتفخ الشعيبــات فيحدث اتساعا وتمزيقا فى أنسجة الرئة(١) يبدو بالأشعة كاوعية منسلة من السرة الى أسفل الرئة ، كانها أوتار ثخينة تجعل التشخيص يبدو لأول وهلة عسيرا . ولـكن الامتحـان بادخال محلول «اليوديبين» أو «الليبيودول» فى القصبة الهوائية يكشف عن حقيقة المرض ، اذ يرسب المحلول فى الشعيبات المتمددة . وهنالك دليل آخر لمنع الالتباس بين المرضين وهو التضخم فى أطراف السلاميات وتقوس الأظافر فى انتفاخ الشعيبات المزمن .

أو ربما كان فى الرئة احتقانات مزمنة ، يرجع تاريخهـا الى التهابات قديمة تكون قد حدثت أثناء بعض الأمراض ، كالحمى القرمزية والحصبة والسعال الديـكى .

---

(١) Bronchiectasis

والغدة التيموسية ، فى أعلى القصبة الهوائية ، اذا تضخمت سببت خيالات تظهر لنا كعقد لمفاوية درنية نراها بالأشعة الى يمين أو الى يسار القصّ .

وأخيرا قد يضللنا ورم بسيط أو خبيث فى نسيج الرئة أو بين الرئتين ، نحسبه احتقانا أو تضخما. فممَّا تقدم يدرك القارى، صعوبة الوصول الى تشخيص حقيقى فى بعض الأحيان وضرورة الالتجاء فى مثل هذه الحالات الى طبيب اخصائى حتى فى بدء الاصابة . فأن الخطأ فى التشخيص يجر الى الخطأ فى العلاج وضياع الوقت والتعب والمال وسوء العواقب .



الفصل الثلاثون

بحث آخر في التدرن الطفلى

أريد فى هـذا الفصل ، الرجوع الى ما يجب مراعاته عند فحص المريض للوصول الى التشخيص الصحيح . أن طرح الأسئلة على المريض أو والديه فن قائم بذاته ، له أهميته الخاصة . فعلينـا أن نعرف هل أن أحد سكان المنزل كوالدة الطفل أو مرضعته أو والده أو غيرهم من الأهل والخدم، مصاب بمرض التدرن . وقد بينت سابقـا تأثير الوسط الموبؤ فى سرعة نقل العدوى الى الأطفال ، لشدة تأثرهم ودقة احساسهم . وأن العدوى تنتقل أحيانا اليهم قبل الولادة وهم أجنة فى بطون أمهاتهم .

أن شدة العدوى تكون بالنسبة الى كمية المكروبات التى يستنشقها الطفل، فكلما كثرت الكمية ، اشتدت الاصابة .

جمعت فى الولايات المتحدة احصاءآت لآلاف من الأولاد تعرض البعض منهم للعدوى والبعض الآخر عاش بمعزل عنها . فوجد أن الاصابات بالتدرن « المتجدد » فى الذين تعرضوا للعدوى، كانت ضعفى اصابات الذين لم يتعرضوا لها . وأن الاصابات بالتدرن « الطفلى » ، بلغت أربعة اضعاف .

دلت احصاءآت أخرى فى الولايات المتحدة على أن اصابات الأولاد الذين تعرضوا للعدوى كانت سبعة اضعاف بل عشرة اضعاف الذين لم يواجهوا باشلس كوخ .

ويجب أن ننتبه الى البـاشلس البقرى فى الذين يشربون اللبن غير المعقم ويأكلون من مستحضراته وهو لا يزال ملوثا كالجبن والزبدة . فاذا أصيب الأطفال بالعدوى ، وجدنا المرض فيهم معويا بريتونيا .

أن المرضى البالغين تتم عادة هيأتهم وسحنتهم على المرض. أما الأولاد فعلى عكس ذلك،فكثيرا ما يحمل الأولاد اصابة رئوية واحتقانا يتسع ضمن الصدر باضطراد ربما كان مقرونا بتضخم فى الغدد اللمفاوية القصبية الشعبية. ومع ذلك تخالهم اصحاء لما يبدو فى وجوههم من النضارة والصحة. وأحيانا يزيد وزنهم.

على أن الزيادة أو النقصان فى الوزن ليسا مقياسا لصحة الأولاد، يمكن الاعتماد عليه. فالتدرن لا ينحصر فى الأولاد الذين ينقص وزنهم، بل نجده كذلك فى الذين يزيد وزنهم. ولكن هناك علاقة ثابتة نستطيع الاعتماد عليها دائمـا فى هذه الأحوال. وهى عجز الولد المصاب بالتدرن عن احتمال المجهود الجسدي طويلا.

يسعل الولد كثيرا فى دور الاحتقان الرئوى ونجد الوالدين ـ على الأخص اذا دلت ظواهر الطفل على حسن الصحة ـ يعزوان السعال الى برودة الهواء. فاذا زال الاحتقان وجف الارتشاح الرئوي ـ عند انقضاء الفصل البارد مثلا ـ واجتازت الرئة مرحلة التجبن الى الجفاف، انقطع السعال، فهدأ روع الوالدين وابتهجا، لاعتقادهما أن الزكام الذى كان قد أصاب ولدهما قد زال.

تنبئنا الاحصاءآت فى الولايات المتحدة أن بين كل سبعمئة ولد، أظهرت أشعة اكس واحدا مصابا بتصبب بلوروى، سببه التدرن فى البلورا.

وبين كل خمسة وأربعين من ألمين ولد فى مصحات التدرن،وجد ولد واحد مصياب بالتصبب فى تجويف البلورا.

تكون اعراض التصبب غالبا غير واضحة، فترتفع الحرارة فجأة لمدة وجيزة، يومين أو ثلاثة أيام على الأكثر ثم تهبط. وحيث أن هذا كله يحدث بدون أن يتألم الولد، فلا نعير الامر اهتماما.

وبهذه المناسبة، يجب أن لا يخفى علينا الفرق بين درجة الحرارة فى الاطفال



باريزو

و بينها فى الكبار : فهى ٣٨ سانتيغراد فى الاطفال ، بينما هى ٣٧ فى البالغين . ونجدها ترتفع عند الاولاد درجة أو درجتين بعد الرياضة البدنية فى المدارس (هذا فى المصابين طبعا) .

أن مسماع الصدر والنقر بالاصابع لا يكفيان فى أكثر الاحيان لاكتشاف احتقان فى الرئة أو ارتشاح خفيف فى تجويف البلورا أو تضخم أو تورم فى الغدد اللمفاوية القصبية الشعبية، فيصبح الالتجاء والحالة هذه الى أشعة اكس ضروريا .

وأصبح الامتحان بتفاعل التوبركلين من الطرق التى لا بد منها . فالتفاعل السلبى ينفى وجود باشلس كوخ . والتفاعل الايجابى يثبته .

نمتحن بالتوبركلين على طريقة « بيركه » : أى بتخديش الجلد والقاء اللقاح عليه . وبطريقة « مانتو » : أى بحقن اللقاح بين طبقتى الجلد . وهذه الطريقة هى الاصح، فبها نتمكن من اثبات وجود الباشلس على أهون سبيل مهما قلت كميته.

نجد باشلس كوخ بسهولة فى بصاق الاولاد الكبار المصابين بالتدرن لو فحصناه تحت المجهر. أو لو حقنا به خنزير غينيا ثم فحصنا غدده بعد أيام تحت المجهر. أما الاولاد وعلى الاخص الاطفال ، الذين لا يعرفون التنخع والبصق، فيصعب علينا اكتشاف باشلس كوخ فيهم. لذلك نمسح أحيانا حنجرة الطفل بقطنة أو بشاشة معقمة و نفحص محتوياتها بالمجهر .

وأول من استعمل أنبوبا من المطاط وادخله فى المرى الى معدة الطفل واستخرج ما تحتويه معدته من العصارة باحثا عن باشلس كوخ فيها ، هو الاستاذ أرماند دليل فى باريس . فالباشلس يصل الى معدة الطفل العاجز عن التنخع والبصق بطريقة البلع والازدراد.

والأستاذ أرماند دليل الذى يحبذ ، كما سبق وقلت ، تلقيح الأطفال الرضع

بلقــاح ب . س . ج . (كالمت ـ جيران) (١) لايجاد مناعة نسبية بهم ضد الباشلس ، يقول : يجب ابعــاد الاولاد المصابين اصابة خفيفة عن مصادر العدوى الشديدة . وفى أوربا ينقلونهم الى « الواقيات » حيث يتمتعون بالهواء النقى الطلق و باشعةالشمس والغذاء المساعد على شفائهم .

وهذا ما يبشر به الاستــاذ باريزو (٢) رئيس اللجنة الصحية فى مجلس عصبة الامم وبطل محاربة السل فى بلاد الساڤواى العليا(٣) بفرنسا .

أجل ، يمكننا ارسال الاولاد المصابين الى المدارس ولـكن من غير أن نحملهم على اجــهاد نفوسهم . على أن مصحات الوقاية ، أو على الاقل مدارس الخلاء ، أنفع لهم وأضمن لسلامتهم .

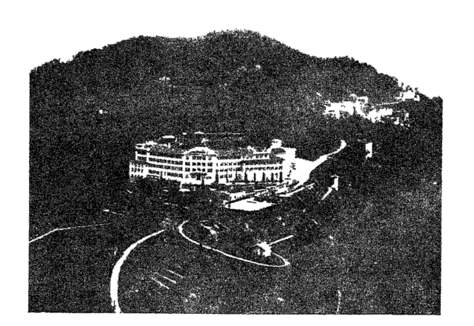
أما الاولاد الذين لا تزال غددهم اللمفاوية القصبية الشعبية المريضة غير متكلسة والأولاد المصابون باحتقان فى الرئة وفيهم جميعا مصدر خطر وعدوى لـكثيرين مما هم حولهم ومعالجتهم فى بيوتهم من الامور المتعذرة ، فالافضل ارسالهم الى « المصحات » .

يجدر بنا،فى ختام هذا الفصل ، أن نـكرر ما قلناه فى ما تقدم وهو أن تغلب الولد على التدرن لا يعنى نجاته النهائية منه فقد يعود اليه المرض فى سن المراهقة كما ذكرنا . لذلك يجب أن لا ندعه يجهد نفسه بالالعــاب الرياضية أو العمل الجسدى،فان ذلك قد يؤدى الى استيقــاظ المكروب الـكامن واعادته الـكرة على فريسته .

A. Calmette — B C. G. Pasteur Institute — Paris (١)
Haute-Savoie (٣) Jacques Parisot - Nancy (٢)



مصح بحنّس ــ لبنان



مصح اغرآ ــ سويسرا

الفصل الواحد والثلاثون

الاقليم والسل

« آخر دواء تغيير الهواء » . هذا مثل من الامثال السائرة ينطوى على شيء من التعريض بالطبيب ويعلن عجز الطب بازاء بعض الحالات المستعصية . ولكن اطلاقه على جميع الحالات لا يتفق والتقدم العلمى الحديث .

فليس التغيير بذاته نافعا. ورب اقليم ، البقاء فيه خير من الانتقال منه .

ولكن الذى ينفع ، هو التمييز الصحيح بين هواء أقليم وهواء آخر، بحيث يتمكن الطبيب من تعيين الاقليم الموافق . فأن اقامة المريض فى مكان موافق له يعتبر ، الى حد بعيد ، متمما لوسائل العلاج .

الاقليم مجموعة العوامل الجوية والارضية التى يتأثر بها الاحياء . فالعومل الجوية هى: الحرارة والنور والرطوبة والهواء . والعوامل الارضية هى : الارتفاع عن سطح البحر والتربة والماء والنبات .

العوامل الجوية : اذهب فى فصل الصيف الى قلم الجوازات فى القاهرة، تر الناس أفواجا ينتظرون بفارغ الصبر « التأشير » على جوازات سفرهم، ليتمكنوا من الانتقال الى بلاد يجدون فيها جوا أقل حرارة من جوّهم . وقلما ترى من هؤلاء الناس ولا سيما الضعفاء منهم ، من يدرس المكان المقصود من حيث ارتفاعه وهوائه ورطوبة جوه، ليعرف هل هو ملائم لصحته أم لا .

يذهب المصطاف فى الغالب الى الاماكن التى نصح له بها مصطاف آخر عرفها قبله وجنى منها الفائدة الصحية المطلوبة.أو التى أعلنت عنها شركات السفر. أو يولى وجهه على غير هدى ، شطر مكان جديد . ثم يعود فى آخر الصيف من

غير أن يكون اكتسب فائدة صحية تذكر .

اذا كانت حالتك الصحيـة سيئة تستدعى تغيير الهواء ولا سيما فى فصل الصيف، فلماذا لا تستشير الطبيب ؟

ان للحرارة شأنا كبيرا فى صحة الانسان ومرضه . نرى أثرهـا السيء فى الكبد والقناة الهضمية وهذا أشهر من أن يذكر . أما الربو والنزلات الشعبية المزمنة والسل الرئوي المزمن، ففى الامكان معالجتها فى أقليم حار . على أن الاقليم المعتدل المستقر الحرارة يؤاتى الرئة الحديثة الاصابة بالسل. بينما الاقاليم السريع التقلب يحدث فيها نزيفا . ثم أن التغيير الفجائى ـ أى تغيير الاقليم ـ يؤثر فى الجهاز العصبي ويمنعه من ضبط حرارة الجسم . ويخلف فيه آثار الاجهاد والاعياء .

أن الهواء القليل الرطوبة يفيد الرئة المتدرنة لانه يريح أعصابها،فى حين أن الهواء الجاف يهيج السعال فيساعد على انتشار الداء فيها . وهذا عكس ما نقوله فى المصابين بداء المفاصل والكلى . فالهواء الرطب ولو قليلا يضرهم . وعلى ذلك فأن هواء الشواطيء ولا سيما شواطيء البحر المتوسط ، ينفع المصاب بسل العظام بصورة خاصة ، لانه يجمع بين الرطوبة وأشعة الشمس .

ينقلب الهواء الرطب ضارا ، اذا كانت التربة حواليه لزجة لا تمتص المطر، او كان امتصاصها له قليلا جدا . وهنا أريد أن أزيد القاريء ايضاحا :أن كثرة المطر لا تضر المصاب بالتدرن بوجه من الوجوه . لان المطر وحده لا يخفض حرارة الهواء بل يحفظهـا ويحول دون التقلبات المفاجأة . ولكن التربة التى لا تمتص المطر بسرعة وسهولة،تجعل الجو قليل الصفاء شديد الرطوبة . حتى اذا كان الهواء متقلبا ، أحدث تغييرا مفاجئا فى الحرارة لا يلائم المصاب بالسل . فعلى الطبيب أن يتبين مهاب الريح فى الاماكن التي ينصح للمريض بها .

ان الأهوية المستمرة الشديدة الهبوب لا توافق المريض بالسل، لأنها تخفض حرارة جسده . والرياح الصحراوية الجافة تمنعه من النوم العميق ، لأنها تنبه الأعصاب وتحول دون انتظام التنفس . أما الرياح المعتدلة التى تحمل بعض الرطوبة ، فتساعده على انتظام التنفس والنوم نوما هادئا مريحا مجددا للقوى . وخير الرياح ما هب فوق البحار . لأنها تكون معتدلة الحرارة تحمـــل على أجنحتها غاز اليود المفيد .

العوامل الأرضية : أن علو ١٢٠٠ متر هو الحد الفاصل بين الارتفاع الذى يجهد المريض والارتفاع الذى يريحه . وعلو ٦٠٠ متر هو المتوسط . وتختلف الشواطىء البحرية عن الأماكن المرتفعة بأن ضغط الهواء فوقها كثير وليس فيها تلك الانخفاضات الفجائية الكثيرة . لذلك ننصح بها للمصابين بضيق النفس وضعف القلب والكلى وضغط الدم وتصلب الشرايين ونزيف الرئة . فهؤلاء يشعرون بشىء من الفرج عندما يهبطون من الجبال إلى ساحل البحر . لأنهم لا يجدون ضالتهم فى الأماكن المرتفعة كثيرا عن سطح البحر . وكثيرا ما يرى الطبيب نفسه مضطرا الى العدول عن تنشيط الدورة الدموية والتنفس تنشيطا يكسب الجسم مناعة يقوى بها على الداء ، لان المريض لا يلائمه هواء المرتفعات فيعود به إلى السهول وشواطىء البحار .

وللسن تأثير كبير فى ذلك . فالشبان أقوى من المسنين على سكنى الجبال . وقلما نجد مصاباً بالسل الرئوى بعد سن الخامسة والاربعين ، يستطيع أن يعيش فى جو بارد ومكان مرتفع ، بدون أن يصاب بالتهابات جديدة . حتى أن المصابين بالسل الرئوى المزمن، الذين تصلبت بعض أجزاء من رئاتهم، يعجزون بعد سن معين عن المعيشة فى الامكنة العالية .

أجل، أن كريات الدم الحمراء تتكاثر بسرعة فى الاماكن المرتفعة . وقـــد

ثبت لنا بعد البحث أنها تتكاثر أيضا بعد اقامة قصيرة على شواطىء البحار . ففى خلال الاسابيع الثلاثة الاولى تطرد الزيادة فى هذه الكريات . ثم يأخذ معدل الزيادة فى النقصان . ولكن الكريات تظل مع ذلك أكثر مما كانت قبل مجىء المريض إلى الشاطىء .

لا يختلف جو الشاطىء كثيرا عن جو الجبل من حيث النتروجين والاكسجين وثانى أوكسيد الكربون . ولكن الاوزون فى هواء الجبال المحرشة أكثر منه فى هواء الشاطىء . إلا أن هواء الشاطىء يفوق هواء الجبل بما يحتويه من الملح واليود . والاوزون يختلف عن الاكسجين باحتواء ذراته على ثلاثة أجزاء اكسيجينية لا اثنين فقط كما هى الحال فى ذرات الاكسيجين . ولذلك له فعله المطهر ووجوده دليل على نقاء الجو . وهو يزيد مقدار الهيموغلوبين النسبى فى كريات الدم الحمراء . وهذا يؤدى الى تحسين الحالة الصحية بوجه عام . على أن مقدار الملح الذى قلنا أنه يكثر فى هواء الشواطىء ليس ثابتا ، بل يتغير بتغير الاهوية وحالاتها . وأما اليود فوجوده محقق فى هواء البحر ومقداره فيه يفوق ١٢ ضعفا مقداره فى الهواء الذى يهب فى داخل البلاد .

لقد أسهبت الكلام فى تأثير الاقليم وما له من عوامل جوية وأرضية فعالة . والفرق بين الاماكن المرتفعة والمنخفضة . وبين الهواء الجاف والرطب . على شاطىء البحر وبعيدا عنه . وما يحتويه الهواء من اكسجين ونتروجين وثانى اوكسيد الكربون واليود . فما هى الاستنتاجات التى نصل اليها وكيف نطبقها عمليا على الديار المصرية والعراقية ، عندما نفكر فى المرضى بالسل الرئوى وعلاجهم . وعلى الاخص فى شهور الصيف الحارة ؟

لا شك أن جو الصيف فى هذين القطرين غير ملائم لعلاج هؤلاء المرضى

وحصولهم على الحد الاقصى من الفائدة ، فينبغى نقلهم أثنـــاء أشهر الحر الى أماكن صالحة بحرية أو جبلية . وهل هنالك أفضل من المصايف المعروفة على شواطىء الديار المصرية مثلا أو مصايف الديار الشامية المشهورة . . « جبـال لبنان وكـيف بوصفها . . . وصيفهن شتاء ! » . فهناك الهواء بيوده واوزونه والمرتفعات العالية المنشطة والمعتدلة المريحة !

وسيأتى يوم تصبح فيه تلك الجبال ملجأ عظيما للاستشفاء كما هى اليوم قبلة لانظار المصطافين . حينئذ تقام هناك أعظم مصحات فى الشرق يجـد المرضى فيها أحدث العلاجات وانجعها .

الفصل الثانى والثلاثون

القطر المصري والسل

لعلى فى بعض فصول هذا الكتاب قد أسهبت فى وسم الجمهور بالاهمال ووصمه بالجهل . وما ذلك إلا لما أراه بعين الطبيب من البلاء الفاشى والويل الداهم . ونحن فى غفلة عن واجباتنا ، نرى الامراض حولنا ولا نمد يدا لمنع تفشيها وتسربها الى الاجزاء السليمة من المجموع . والخاصة مقصرون كالعامة لاهون بشؤونهم كانما لايهمهم من أمر العامة شيء وكأن هؤلاء فى واد وأولئك فى واد آخر . مع أن الشر الذى يصيب فريقا منهم يصيب الفريق الآخر بلا مراء .

فى أوربا نقابات ومؤسسات ومستشفيات ومصحات يقوم بتشييدها وتنظيمها الفئات اليقظة من العامة والخاصة على السواء . فتسد بها ثلمة كبيرة فى الحياة الاجتماعية . وليس عندنا هنا من ذلك الاما نقلدبه ثقافةالغرب تقليدا أعمى . فأين المؤسسات الصحية المنوعة لمكافحة الامراض؟ وأين يذهب المصاب بالسل اذا لم يتسع له مصح حلوان . ولم تسمح له حالته المالية بالأستشفاء خارج البلاد ؟ من يعوله ويعول عائلته اذا أقعده المرض عن العمل ؟

ان تاعسا كهذا خطر متنقل سيار على أهله وجيرانه وجميع من حوله ينفث سموم الداء وينشر بسعاله جراثيم العدوى .

تقشعر الأبدان عن ذكر الجذام . وتضع الحكومات المجذومين فى أماكن بعيدة عن العيون لانهم مشوهو الخلقة ، قبيحو المنظر ، بشعو الشكل · لأن لهذا المرض مظاهر خارجية تنبو عنها العيون وتشمئز منها النفوس . ولكن



برنان

(أول مدير لمصح حلوان)

للسل عكس ذلك من المظاهر . فأنك تجد المسلولين على جانب عظيم من اللطف والدعة . الفتيات هزيلات رقيقات تدعو حالتهن إلى الشفقة ، والشبان وادعون مستكنون . فليس فى منظر هؤلاء ما يهيب بالمجتمع إلى عزلهم درءاً للخطر وحبساً للعدوى ، إلا بعد أن يكون قد استفحل الداء وعم البلاء وعاث المرض فسادا فى جميع الطبقات ،

هكذا يسير الداء فى القطر المصرى سيرا حثيثا ويتفاقم ويعيث فسادا . فما نحن فاعلون ! لدينا ٤٠٠ سرير فى مصح حلوان . وأهل حلوان ينذمرون من وجودها ، ويطلبون أعفاءهم منها . وهناك مصح العباسية وسيتم اعداده قريباً . وحتى تاريخ نشر هذا الكتاب ليس فى القطر المصرى كله سوى ثمانية مستوصفات للامراض الصدرية . مع أنه لو كان فيه مئة مستوصف لما كانت كافية . فالذى عندنا من هذا القبيل ليس سوى نواة لعمل ينبغى أن تتسع دائرته بلا إبطاء .

وإذا عدنا فى بحثنا إلى أهم نقطة جوهرية فى هذه الخدمة الاجتماعية ، وتساءلنا عما فعلنا لوقاية الأطفال ومساعدتهم فى أدوار المرض الأولى ، لكان الجواب مع الأسف سلبيا . فأننا لم نفعل شيئا البتة . وعلى رغم البرنامج الذى وضعته مصلحة العمومية وطلبت فيه مثل هذه الانشاءات ، فليس فى هذه الديار مؤسسة واحدة لتدرن الأطفال . وكان علينا أن نبدأ بمكافحة السل فى الصغار لشدة استعدادهم ، على نحو ما ذكرت قبلا ، لالتقاط العدوى بأجهزتهم النحيفة وتدرج المرض إلى حالة التعقد الأبتدائى . فاذا كانت الأصابة قوية رزح الطفل تحت وطأتها ومات . وإذا قلت المقاومة بعد سنين ، عاد المرض إلى الظهور فى سن الشباب .

هل أنشئت فى وادى النيل مؤسسة واحدة من المؤسسات المعروفة عند

الفرنسيين باسم « واقيات » (١) ، دفعاً عن الضعفاء من الأطفال عادية المرض ، أو إيقـــافاً له عند حد لو تطرق إلى أبدانهم ؟ بل أية استعدادات اتخذت للعناية بهم وأعدادهم لحياة مستقبلة يكونون فيها رجالا اشداء عاملين ..

تنفق الأموال الطائلة سنوياً على الدعاية لمصر فى الخارج تشويقا للسياح من سكان الشمال . فيؤمها الأصحاء منهم والمبتلون بأمراض الصدر والروماتزم، استشفاء بنور شمسها واعتدال هوائها ودفء جوها فى الشتاء . ولكن ماهى النتيجة ؟ ان تلك الحركه تزيد ثروة البلاد بلا ريب ولكنها تجلب معها عوامل كثيرة من عوامل العدوى بالسل لاضافتها الى ما فى البلاد من عناصر هذا الداء الويل .

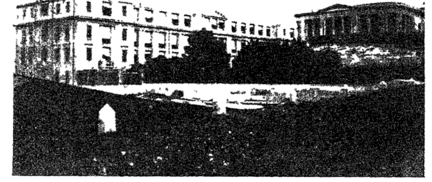
لقد أوقفنا سير الجدرى بالتلقيح . وخففنا حمى التيفوئيد بالتطعيم والأنظمة الصحية . ووضعنا حداً للطاعون والكوليرا بالحجر الصحى على البواخر . ولكن التدرن وعلى الاخص السل الرئوى يتسرب إلى البلاد من بين أصابع موظفى الصحة على المرافىء وهم ينظرون إلى جوازات السفر ورسوم المعاينة الصحية لا إلى وجوه المسافرين وصحتهم ...

فى جميع بلاد الشمال الباردة يتنادون : « أيها المصدور أقصد إلى مصر! » وكم من مصدور جاءنى فى عيادتى طالبا شهادة طبية رغبة منه فى إبدال « جواز المرور » « بتمديد الأقامة » للاستشفاء ! ...

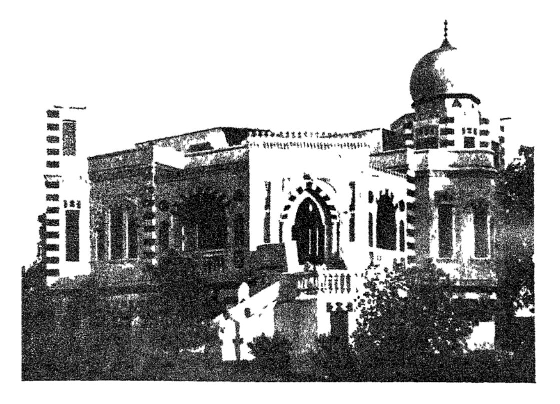
نحن الآن فى عصر الآلة التى تجتاح البلدان الزراعية وتتحكم فى مقدرات الجنس البشرى . عصر أوجد بمواصلاته اختلاطا شديدا بين الشرق والغرب . وكما نقل الشرق قديما النهضة الروحية الى الغرب ، أخذ الغرب حديثا ينقـــل

---

(١) Preventoria



مصح حلوان ـــ مصر



مصح عين شمس ـــ (ضواحى القاهرة)



النهضة الآلية إلى الشرق . وكانت الحروب الدموية آفة الامس فأصبحت الحروب الاقتصادية آفة اليوم . وها هي مصر تستيقظ بعد السبات الطويل لتجارى سائر البلدان فى حلبة الصناعة . فكل خطوة تخطوها فى هذا الميدان الصناعى وكل دعاوة تنشرها لتشجيع السياحة فى واديها ، تجعل أبناءها على اتصال وثيق مستمر متزايد بباشلس كوخ الشمالى .

لا يظنّن القارىء انى أدعو إلى إغلاق أبواب الشرق فى وجه المدنيـة أو اقترح بناء سور حوله كسور الصين ، لعزله عن البلاد الغربية ، فأن ذلك محال لان المدينة تكتسحنا اكتساحا .. بل انى أنذر بالشر المستطير وانصح بالحيطة والحذر ! وأبسط الحقائق جلية مكشوفة . وأتساءل عما نحن فاعلون لاتقاء الاخطار المقترنة بهذه المدنية ، لان أبناء الشرق الادنى وعلى الاخص المنحدرين من أصل افريقى قليلو المناعة ضد هذا الميكروب الا كثر شدة فى الشمال والجديد نسبيا فى الجنوب ، رغما من أن الفراعنة عرفوا مرض السل.

هل تعلم كم تطول الآن حياة «البربرى» مثلا ، اذا ظهرت فيه الاصابة وبقى بدون علاج ؟ ـ ستة أشهر على الاقل وأثنى عشر شهراً على الاكثر ! هل فكرنا اذن بوسيلة لمنع انتشار العدوى على يده وتسربها إلى أبنائنا ؟

قام فى فرنسا أستاذ فى طب الأطفال يدعى جرانشه (١) ، كان يعتقد بانتقال مرض السل إلى الاطفال عن طريق العدوى . لاحظ هذا الطبيب بعد التنقيب والاحصاء أن الاطفال المصابين بالسل كانت ترضعهم أمهات مصابات بهذا المرض أو كانوا على اتصال بشخص آخر مصاب . فتكلم ونصح وجد واجتهد وأخيرا نجح وعهد اليه فى العناية بعدد قليل من الاطفال الحديثى الولادة من أمهات مصابات لم تظهر فيهم أعراض السل بعد . وحصل على اعانات مالية

(١) Grancher : أنظر رسمه ضمن الفصل الخامس والعشرين صفحة ٢٠٧

لارسالهم الى عائلات قروية صحيحة الجسم للعناية بهم . وكم كان سروره عظيما إذ لاحظ أنه بعد حين لم تظهر فيهم أعراض السل إلا بنسبة واحد فى الالف . فمن ذلك الحين لم يعد يكتفى بالكلام بل صار يصيح بأعلى صوته فى فرنسا كلها : « انقذوا أطفالكم من السل ! » . وترى اليوم فى كل مستشفى للاطفال وفى كل مركز لرعاية الطفل فى فرنسا ، جناحا خاصا « لعمل جرانشه » الخيرى . وهو ترتيب بديع لخدمة الهيئة الاجتماعية ..

لا ينحصر « عمل جرانشه » فى انقاذ الاطفال من أمهات مصابات بالسل وتربيتهم فى جو صحى تحت رعاية ممرضات مخصوصات يقمن بزيارات منتظمة فقط، بل يتجاوز ذلك إلى إيجاد عمل للوالدين اذا كانوا فقراء عاطلين عن العمل .

لماذا لا نقوم بعمل اجتماعى كهذا فى الشرق الادنى ، ونحن فى أشد الحاجة اليه ؟ وهو لا يتطلب مالا كثيرا !

الفصل الثالث والثلاثون

علاج السل غير الجراحى[1]

ملاحظات عمومية : اذا ذكر مرض السل فى مجلس من المجالس اكفهر الجو وتكهرب . ولاح للحاضرين شبح اليأس الخاطف فاقشعرت الأبدان . وتخدشت الأسماع وجحظت العيون ، فأن ذكر هذا الداء كاف لالقاء الذعر والرعب فى قلوب السامعين لاعتقادهم أن السل مرض غير قابل للشفاء .

هذا خطأ فادح وضلالة وبعد عن المصاب . فمرض السل ممكن الشفاء !

أجل هنالك حالات يهجم فيها المرض هجوما لا يقوى الجسم على احتماله ، فيتغلب المكروب على كل مقاومة ويستفحل ويستشرى ويفتك فتكا ذريعا . ولكن هذه حالات شاذة قليلة .

فاذا بادر المرء الى الطبيب على أثر زكام وسعال ونزلة شعبية وحمى خفيفة وعرق ليلى أو ظهور دم فى البصاق أو فقدان الشهية أو نقص مستمر فى الوزن ولم يهمل العلاج، فانه رغم من ثبوت الاصابة الدرنية لا ينقضى ردح من الزمن حتى يغلب المرض على أمره ويتماثل العليل الى الشفاء .

ليس السل عصيا عصيبا كما القى فى روع العامة . ولا شفائه عسيرا ، اذا بادر العليل الى العلاج . فان العلم بوجود المرض قبل استفحاله كالعلم بخطط العدو فى فنون القتال قبل وقوعه . اذا نحن بادرنا الى اتخاذ الحيطة للامور قبل وقوع المحذور واعداد العدة فى أقرب مدة ، جنينا بلا مراء الفائدة المبتغاة .

---

(١) لقد ضمنت الفصول المقبلة بعض التفاصيل العلاجية التى سبق ذكرها فى مواضع مختلفة سابقة فى هذا الكتاب ليصبح للقارىء مجموعة كاملة للعلاج يرجع اليها عند اللزوم .

يتساءل القارى : أين يجب أن يعالج المريض . فى البيت أم فى المصح ؟

يتوقف ذلك على أمرين : حالة المريض والوسط الذى يعيش فيه .

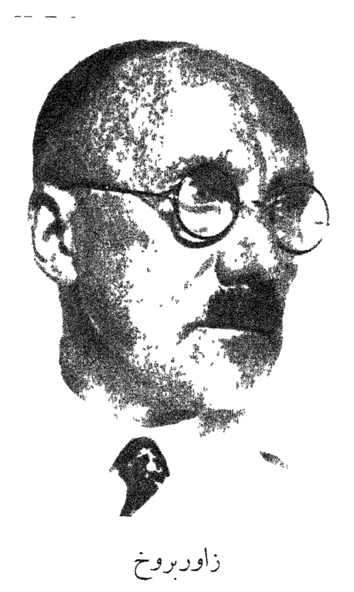
١ ـ فاذا كانت الاصابة لا تستوجب علاجا خصوصيا، يصعب الحصول عليه فى المنزل وأمكن المريض اختيار مكان يعتزل فيه بحيث لا يستعمل أدوات غيره من سكان المنزل ولا يقبله أحد خصوصـا على فمه ويبصق فى اناء مخصوص ذى غطاء محكم لا يدخله الذباب ولا البعوض ، كان علاجه فى البيت والحالة هذه ممكنا . فالمهارة فى استعمال العلاج ، سواء كان المريض فى البيت أو سجين المصح، يؤدى الى النتائج ذاتها. اللهم اذا اتخذت أسباب الوقاية من سريان العدوى الى الأصحاء ولا سيما الأطفال لشدة استعدادهم ودقة احساسهم، فهؤلاء يبعدون عن المريض أو يبعد هو عنهم .

أما اذا كانت الاصابة قد قطعت شوطا بعيدا يستدعى العلاجات المختلفة ، فنقل المريض الى المستشفى أو المصح أنسب وأجدى نفعا .

نشيد بفائدة « العزلة فى رأس الجبل » ونصف هواء المرتفعـات النقى للتدرن . ولكن لا فائدة كبيرة من ذلك اذا أهملنا وسائل العلاج الأخرى . فأن التغذية فى أماكن قليلة الارتفاع أو عديمة الارتفاع لهى أفضل من وجود المريض فى أماكن مرتفعة كثيرا عن سطح البحر بدون تغذية كافية . وهكذا قل عن سائر أنواع العلاج .

٢ ـ لما كان للاقليم تأثيره فى صحة الفرد، عنى الأطباء بمعرفة أى أقليم أصلح لحالة العليل وعلاجه وغذائه . أهو المهيج أم المعتدل أم الهادىء ؟

فبالأقليم المهيج نعنى الأماكن التى يزيد ارتفاعها على ١٢٠٠ متر كبعض القمم فى جبال لبنان . وبالمعتدل ما يقل ارتفاعه عن ١٢٠٠ متر . وبالهـادىء السهول التي لا تعلو عن سطح البحر .



زاور بروخ

تبذل الحكومات والشركات جهودا كبيرة لاقامة المصحات فوق المرتفعات وفى السهول وعلى شواطىء البحار . فهل تأتى هذه المؤسسات دائما بالفوائد التي نرجوها منها ؟ ـ كلا !

لندع جانبا المرضى الذين يرسلون اليها بعد أن يكونوا قد أشرفوا على الهلاك فهؤلاء لا ينجع فيهم علاج أينما كانوا . ولننظر الى الذين يرسلون على الفور الى مرتفعات لاتلائمهم ولا طاقة لهم بها. فما كل من بلى بالتدرن يقوى على احتمال الارتفاع الجوى الذى يزيد الضغط الدموى فى بعض المرضى ويعرضهم للنزيف الرئوى . لذلك وجب درس حالة المريض درسا دقيقا قبل اختيار الارتفاع الملائم وملاحظة تنفسه ونبضه وقلبه ووزنه بعد ذلك . والأسلم عاقبة هو هواء السهول التى لا تعلو عن سطح البحر . فانه وان كان لا يجدد نشاطا ولا يحدث رد فعل لتقوية مناعة المريض وتحسين صحته،فهو دافىء فى الشتاء يلائم الضعفاء . ولكن هواء بعض السهول، كداخل القطر المصري أو القطر العراقى مثلا، حارٌ جدا فى الصيف وجافٌ ، لا يأتى بالنتائج المطلوبة . وخير منه هواء الشواطى البحرية .

يرى القارىء من هذه المفاضلات ما يواجه الطبيب من الصعوبات عند النصح للمريض بالمكان الموافق للاستشفاء . ولا سيما اذا كانت أحوال المريض المالية غير مؤآتية .

٣ ـ يعرف القارىء الآن أن حمى الدقّ (أى التى تتراوح بين الارتفاع والهبوط بعد العرق) ، لا تلازم كل مصاب بالتدرن فتلزمه الفراش . لذلك نعتبر اصابات التدرن قبل وصولها الى الطبيب ، طبقا لتقسيم الاستاذ اينيان ، على الترتيب الآتى : (١)

---

(١) قابل هذا القول « بمراحل السل الرئوى الثلاث » فى الفصل السادس .

ا - المتجولة غير المصحوبة بحرارة .

ب - المتجولة المصحوبة بحرارة .

ت - المستريحة غير المصحوبة بحرارة .

ث - المستريحة المصحوبة بحرارة .

فبعد أن تصل الى الطبيب وتوضع تحت العلاج ، نقسمها الى قسمين :

ا - المصحوبة بارتفاع الحرارة .

ب - المصحوبة بهبوط الحرارة .

ففى الحوادث المصحوبة بارتفاع الحرارة،يلازم المريض فراشه ولا نسمح له بالتعرض لأشعة الشمس . بل نضع سريره فى الظل على شرفة بمعزل عن مهب الهواء الشديد ، كل يوم مدة تحدد باختلاف حالته . فنبدأ مثلا بنصف ساعة ونطيل الوقت تدريجيا الى أن يستغرق النهار بطوله .

أما فى الحوادث المصحوبة بهبوط الحرارة فنسمح للمريض بالاستلقاء على كرسى مستطيل فى الهواء الطلق . ومتى أصبحت حرارته طبيعية نسمح له بالمشى على أن يستريح ساعتين قبل الظهر وساعتين بعده ويأوى الى فراشه كل ليلة بين التاسعة والعاشرة على الأكثر . وكلما تقدم نحو الشفاء، أكثر التجول وقلل ساعات الفراش .

٤ - التغذية يجب أن تكون غنية وافرة . أى أنه يجب الاكثار من مواد الغذاء الرئيسية الثلاث وهى الزلالية والدهنية والنشوية ويضاف اليها الفاكهة المختلفة . أما التفاح فالأفضل ان يؤكل مع قشره (١) بعد غسله جيدا .

اذا كان الصحيح يحتاج يوميا الى ٣٠٠٠ وحدة حرارة(٢) لتوليد نشاط

---

(١) يحتوى قشر التفاح على كمية كبيرة من الفيتامين . (٢) Heat Calory



برار

الجسم ، فالعليل المصاب بحمى يحتاج حتى لا يصاب بالهزال بل يزيد فى الوزن ، الى ٣٥٠٠ حتى ٤٥٠٠ وحدة أى الى غذاء أوفر . ويعطى المواد الغذائيــة التى يكثر فيها الفيتامين « ا » و « د » أو مستحضراتها وغيرها من العلاجات المقوية كخلاصة الكبد ومصل دم الخيول .

ومما هو جدير بالذكر ، أن العلاج بالأنسولين ليس مقتصرا على المسولين المصابين « بالسكرى » ، بل نعطيه كذلك الى الذين لا أثر للسكر فى بولهم . فانه اذا أخذ بعناية وبمقادير قليلة ، يحسن الشهية الطعــام ويساعد على زيادة الوزن والمنــاعة .

من المستحدثات الطبية الألمانية التى يقال أنها مفيدة جدا غذاء نسميه غذاء زوربروخ وهرمانزدورفر ، كما رأيتـه يعطى فى مستشفى «الشاريته» فى برلين . وهو طعام بدون ملح . كان بودنجر(١) الألمانى أول من وضع أساسه قائلا : « أن الملح بمفرده يسبب أمراضا أكثر من التبغ والكحول معا . فأيده مواطنه ماكس جرسون(٢) واقتفى أثرهما هرمانزدورفر(٣) وقرينته فى « الشاريته » تحت ادارة الجراح الكبير زوربروخ .

يتألف هذا الغذاء من نحو ٨٥ غراما من النتروجين و ١٧٠ جراما من الدهن والشحم و ٢٣٥ غراما من السكر و ١٠٠ غرام من الخضار و ٤٠٠ من الفاكهة الطــازجه . أما اللحوم الحمراء والسوائل أو المواد الكحولية فتكاد تكون ممنوعة منعا باتا . ولكن السمك مرغوب فيه بكثرة . وقد وفى الألمان هذا الموضوع حقه بكتب عديدة أهمها كتاب للدكتور ماكس جرسون جاء فى مقدمته ما يلى :

---

(١) Budinger (٢) Gerson (٣) Hermansdorfer

يمكنني بعد اختبارات طويلة أن أقول أنه يمكن شفاء اصابات السل الشديدة اذا عالجناها بالتغذية بدون ملح وبدون أن نلتجيء الى العمليات الجراحية وذلك :

أولا ـ اذا كان لا يزال في الرئة أنسجة حية عاملة .

ثانيا ـ اذا لم يتاخر المريض كثيرا عن الشروع بالعلاج .

ثالثا ـ اذا كان لا يزال في المريض نشاط وقوة لاستعادة صحته .

رابعا ـ اذا كان لم يكن قد ظهر في المريض مضاعفات مستعصية على العلاج تجعله بدون جدوى كالانفجار في الاوعية الدموية أو الالتهاب السحائي أو الفساد الشمعي أو الدشوى في الاعضاء الداخلية » .

ثم قال : « لي في هذا التأليف غرضان » .

الغرض الاول: أن أعيد الرجاء والثقة الى قلوب أطباء الامراض الصدرية أثناء قيامهم بواجبهم فلا يعتبرون المصابين المتقدمين من الهالكين ولا ينظرون اليهم نظرة اليأس والقنوط .

الغرض الثاني : ازالة الاعتقاد العالق بالاذهان وهو أن التغذية بدون ملح لا تشفى السل الرئوى ولا توجد مناعة ضده في المستقبل . فكما أن ذات الرئة لا تترك بعد شفائها مناعة ضد ظهورها مرة ثانية كذلك شأن الاصابة الدرنية التي تشفى، سواء بالتغذية بدون ملح أو غيرها من العلاجات . فأن المرء يبقى معرضا لظهورها في المستقبل . لذلك أريد التشديد في المواظبة على العلاج في الاصابات التي يظهر فيها قابلية للنكسه .

فعلى المريض الذى شفى أن يفكر دائما أن قابليته للنكسه واحتمال عودة المرض يضطرانه الى الاستمرار في التغذية الخصوصية مدة أشهر أو ربما سنوات للحصول نهائيا على ايقاف قابليه للنكسه ومنع الاصابة من العودة الى الظهور » .

واذا طلب الىّ القارىء أن أبدى له رأيا قاطعا فى هذا النوع من الغذاء وجدنى مضطرا الى الاعتراف باننا لا نزال بعيدين عن الالمام بفائدته للسل الرئوي والسل العظمى ولكنه أسفر عن نتائج حسنة فى علاج الالتهابات الدرنية الجلدية كمرض الذئبة .

ولا يزال هذا الموضوع بين الأخذ والرد والانكار والتأييد حتى أن أحدهم



کمنز

ذهب الى أبعد من ذلك فقال بضرر هذا الغذاء وتهييجه للاجزاء المصابة. وخالفه آخر محبذا له مدعيا أن نفعه، حتى فى معالجة السل الرئوى، أصبح حقيقة ثابتة لا تحتمل الانكار والشك .

٥ - العلاج باشعة الشمس يعد منبهـا جدا للتحويل الغذائى فى الخلايا ولعمليـات الافراز والابراز . وأن من استنبطه الدكتور روليه السويسرى الذى كشف عن نتائجه الحسنة وخصوصا الأشعة فوق البنفسجية .

يستعمل الاستاذ كش(١) فى برلين هذا العلاج فى حوادث السل العظمى ولكنه يعلق أهمية عظمى على الأشعة الحمراء والأشعة تحت الحمراء .

والآن بعد أن انتشر العلم بفائدة العلاج الشمسى، أصبح الناس يمارسون الاستحمام بأشعة الشمس على شواطى البحار وفى شرفات المنازل وعلى السطوح وفى الحقول بدون روية ولا تمييز .

أود أن أبين لهؤلاء المجازفين خطأهم الفادح مؤكدا لهم أن حوادث عديدة للتدرن الرئوى كانت كامنة فظهرت من جراء تعرض كهذا لأشعة الشمس .

لا نلتجىء الى هذا العلاج الا فى حوادث سل العظام وذلك بكل حرص ودقة فنبدأ باصابع القدم مدة لاتزيد على خمس دقائق . ونزيدها تدريجا ونعرض الجسم أكثر فأكثر ثم نحصر العلاج فى الجزء المعتل . واذا حدث ارتفـاع فى الحرارة بسبب العلاج، وجب الاقلاع عنه حالا، ثم الرجوع اليه بعد مدة كما يتراءى للطبيب .

٦ - العلاج بمصباح ثانى أوكسيد السليكون المتبلور أو بأشعة رونتجن لا يمكننا اتخاذه فى حالات لا تزال فيها الاصابة نشطة فعالة . أي فى الحالات المصحوبة

---

(١) Kisch

بارتفاع الحرارة . واذ استعملنا هذا العلاج، عمدنا أحيانا الى تعريض المصاب بالسل العظمى أثناء جلسات مختلفة الى الأشعة فوق البنفسجية وأشعة اكس بالتناوب.

٧ ـ مستحضرات الذهب المستعملة الآن عديدة . وهى من صنع المانيـا والدنمرك وفرنسا وايطاليا. أما فكرة علاج السل الرئوى بها ، فقد خرجت أولا من الدنمرك وتستعمل كذلك لعـلاج الروماتزم المستعصى والزهرى والجذام وأمراض جلدية أخرى . ولـكنهـا لا تستعمل فى السل العمومى أو الرئوى الموضعى الفعال النشيط، بل فى الحالات التى لا تـكون مصحوبة بحمى .

لا يزال العلاج بمستحضرات الذهب، فى حالة افراز جديد فى الرئة، موضوع جدل بين الأوساط العلمية الألمانية والفرنسية . فالفرنسية تحبذه فى الالتهابات الرئوية الدرنية الحديثة القليلة الاتساع ، بينما الألمـانية تحظر استعماله فى تلك الحالات . غير أن الفريقين متفقان على استعماله فى السل القديم الليفى المستكن وسل الحنجرة والجلد . ويمارسانه بعد حقن الهواء فى تجويف البلورا لأنه يعد عونا لذلك . وعلى الأخص اذا ظهر بعد حقن الهواء ، التهاب فى الرئة المقابلة . ولـكنهما يحذراننا من سوء تأثيره فى الـكليتين والأمعاء . فقد يسبب فى الـكليتين زلالا وفى الأمعاء اسهالاً .

ويعتبر الأستاذ ليون برنارد مستحضرات الذهب علاجا للحوامل المصابات بالتدرن، خلافا لما يقوله الأستاذ تروسو وهو : «أن لاستعمال محلول الذهب فى علاج الحوامل، نتائج غير محمودة » . وربما عنى تروسو بقوله، الضرر الذى يمكن أن يحدثه هذا العلاج فى الكلى .

تزيد مستحضرات الذهب نزيف الدم فى الحيض لذلك لا تستعمل فى النساء اللواتى يكثر عندهن النزيف الشهرى أو فى سنى انقطـاع الطمث . أما اللواتى حيضهن قليل فتفيدهن هذه المستحضرات فائدة جزيلة . أما مستحضرات الزئبق،



موریر

فأن تأثيرها على الاعضاء التناسلية فى الذكر أكثر منه فى الأنثى. فهى تهيجها فى الذكر وتزيد الشبق.

٨ ـ أجريت فى فرنسا تجارب عديدة وفى أوقات مختلفة، لعلاج السل بمصل يستخرج من الخيول، كما نفعل بالدفتيريا وغيرها. فلم تسفر الا عن النتيجة ذاتها التى أسفرت عنها التجارب لايجاد مصل لمعالجة الزهرى. أى أنها انتهت جميعها بالفشل. فأن الباشلس أى مكروب السل يحيط به ويحفظه جيدا غلاف شمعى لاتقدر الحوامض أو العقاقير على حله أو انتزاعه عنه بأى تفاعل، لنصل الى المكروب نفسه. بل يستمر هذا العدو مختبئا فى جهازنا. أما المصل الذى استخرجه الاستاذ فريدمان من السلحفاة، فقد أثبت الامتحان أن لا قيمة له البتة.

٩ ـ وابتكر الاستاذان بوكه ونيجر (١) العلاج «بالتضاد الكحولى» (٢). وهو تركيب يؤلف من خلاصة باشلس كوخ، مغسولا بالاسيتون أى روح حامض بيرواسيتيك. نصفه للمريض خصوصا بسل الجلد والعظام والغدد والحنجرة بكميات تزاد تدريجيا حقنا تحت الجلد مرتين فى الاسبوع، اما نقيا واما محلولا حلا خفيفا. ونعيد اعطاء الكمية نفسها خمس أو ست مرات قبل أن نزيدها سانتيمترا مكعبا لا أكثر فى الدفعة الواحدة. ونعالج المريض خمسة أو ستة أشهر، ثم نوقف العلاج لنعود اليه بعد ستة أسابيع.

وعلى الرغم من الزعم أن هذا التركيب لا يحدث أى رد فعل حاد ولا يساعد على ايقاظ الالتهابات الدرنية الرئوية القديمة، فان الاقتصار على استعماله فى الحالات الليفية المستكنة أفضل وأسلم. ويخبرنا الأستاذ كوركو الفرنسى أنه تمكن من شفاء ٨٦ فى المئة من حوادث سل الغدد التى عالجها كما أخبرنا

---

(١) Boquet and Nègre (٢) Antigène Methylique

الأستاذ أرماند دليل عن حوادث عديدة انتهت على يده بالشفاء.

١٠ـ لا تأثير للمواد الدهنيــة أو الزيتية كمستحضرات الهلبين واللستين أو الكولين أو الليبترين أو الجاملان فى المرض نفسه. ولـكنهـا تقوّى الشهية فتزيد وزن المريض ومقاومته ومناعته ضد المرض.

١١ ـ أما العــلاج بحقن البروتيدات، فيقصد به تنشيط الحركة الحيوية فى البروتوبلازما ضمن الخلايا التى يتركب منها جسمنا وتقويتها على مقاومة العدوى.

١٢ ـ لما كنت فى كولونيــا قابلت الدكتور ويدكند فأرانى مستحضرات محلول الفحم التى يستعملها هو فى علاج التدرن الرئوى. ورأيته يستعملها حقنا فى الأوردة كما يستعمل محلول الذهب ولـكن ليس لديه بعد أو لدى أى اخصائى آخر، احصاءآت كافية تشهد بفائدة هذا العــلاج.

وبالرغم مما برهنت لنــا احصاءآت الأستاذ لايل كنتز الانـكليزى فى كلية كارديف الطبية، على أن اصابات السل الرئوى فى عمــال مناجم الفحم أقل وأخف من الاصابات فى غيرهم من النــاس(١). يبقى هذا العلاج عديم الفـــائدة.

وقد قال لنا الأستاذ بنتهين الألمانى(٢):

أن مستحضرات محلول الفحم لا تفيد مرض السل ولـكنها تساعد على مكافحة مكروب الستافيلوكوك والستربتوكوك وباشلس القولون وحمى النفاس والطفح الدملى والذبحة الستربتوكوكسية والتهابات حوض الـكلية والمجارى البولية التى تحدثها هذه المـكروبات.

١٣ ـ يظل العلاج بالتوبركلين الطريقة المثلى لتعزيز دفاعنا ضد مرض السل.

---

(١) راجع الفصل الثالث (٢) Benthin



انفر شت

على أنه يستدعى خبرة واسعة باستعماله والماما تاما بدقائق المرض وتطوراته، لا يظفر بها الا الاخصائى. فليس من السلامة اللجوء الى سواه والاستعانة بغيره على استعمال هذا العلاج، لما يصاحبه من الاخطار ويتوقف عليه من النتائج.

بعد أن نشر الأستاذ كوخ رسالته المشهورة سنة ١٨٩٠ وأوضح طريقة استعمال هذا العلاج، أجريت تجارب كثيرة فى جميع أنحاء أوربا انتهى أكثرها بالفشل. والآن لا يستعمل فى فرنسا الا قليلا بشكل: « توبركلين س. ل.(٢). أما فى المانيا، فهو أكثر شيوعا وله أنواع مختلفة، أهمها: ا. ت. ك. (٣). وهو محلول الاستحالة النهائية للباشلس لا الباشلس نفسه. ويستغرق تحضيره من ٦ الى ٨ أسابيع.

أريد أن أردد هنا القول باننا لا نداوى بالتوبركلين كل مريض. ولا نعتبره علاجا عموميا فعالا. فمن الخطر استعماله فى الحالات الشديدة المصحوبة بافراز. ولا نلجأ اليه الا فى الحالات الهادئة وفى التى تكون قد تليّفت أى تصلّبت فيهـا الأنسجة. وينبغى ملاحظة رد الفعل الذى يحدثه فى المريض، كارتفاع الحرارة أو زيادة انتشار الاصابة.

نداوى بالتوبركلين بطرق مختلفة:

ا ـ الحقن تحت الجلد: طريقة علاجية سريعة. يعطى بها التوبركلين للذين حرارتهم عادية أو قليلة الارتفاع بكميات قليلة تزاد أو تنقص بنسبة هبوط أو ارتفاع الحرارة وبحسب حالة المريض العمومية.

نبدأ بعلاج الطفل باعطائه عشر السانتيمتر المكعب (٣) من المزيج المخفف ($\frac{١}{١٠٠٠٠}$) ثم نحقن اسبوعيا كمية أكبر فأكبر عشر مرات. فبعد ذلك نستعمل مزيجا أقوى نعطى منه مجموعة أخرى من الحقن.

---

(١) Tuberculine C.L. (٢) Alt Tuberculine Koch (٣) 0.01 c.c.

ب ـ الحقن بين طبقتى الجلد : طريقة نحقن بها التوبركلين فى المرضى غير المقيمين . أى الذين يترددون على المستوصف أو المصح .

ت ـ الحقن داخل الوريد : طريقة يتبعها الأستاذ كلاينشميت فى مستشفى الأطفال التابع لجامعة كولونيا والأستاذ الكساندر فى مصح أغرآ فى سويسرا . هذه الطريقة تستعمل فى حالات التدرن الشديد المنتشر فى الرئة التى، لكثرة الالتصاقات، لا يمكن الضغط عليها بحقن تجويف البلورا هواء. وفى داء الخنازير وأى افراز رئوى ليس فيه باشلس كوخ . يعطى فى بادىء الأمر اليود مع يودور البوتاسيوم بالفم. ثم يحقن بعد ذلك التوبركلين فى الوريد ، مخففا ١ على ١٠٠ مليون . نبتدىء بعشر السانتيمتر المكعب ونعيد الكرة ونزيد الكمية كل أربعة أيام الى أربعة أعشار ثم الى خمسة أعشار ثم الى سانتيمتر مكعب . واذا لم ترتفع حرارة المريض، يعطى هذا المزيج بكمية أكثر كثافة . وتتوقف الكثافة على رد الفعل فى المريض وعلى ما نعثر عليه فى رئتيه عند الكشف . ثم اذا أردنا بعد ذلك تخفيف المزيج استعملنا كمية من دم المريض نفسه .

ث ـ مرهم للدلك : طريقة اتبعها بتروشكى (١) الذى كان يدلك بمرهم التوبركلين الجلد الى أن يتشربه .

أما مرهم اكتبين ـ مورو(٢) ، فيحتوى على نوعى باشلس كوخ . البشرى والبقرى معا مع مادتيهما الدافعتين . ويدلك به الجلد ويعطى الغذاء خاليا من من الملح فى علاج التدرن الجلدى الذئبى واصابات النوبركليد(٣) ، فيأتى بنتائج حسنة .

---

(١) Petruschky (٢) Ektebine-Moro (٣) Tuberculids



کویر

ليس التوبركلين فى حد ذاته دواء شافيا، بل مساعدا للطرق العلاجية الأخرى. فهو يقوى الجسم على مقاومة المرض. لذلك من الخطأ استعماله فى الحالات التى يبدو فيها من تلقاء نفسها اتجاه نحو الشفاء. ويجب أن لا ننسى الخطر من تحريك اصابة حية أو من النزيف الرئوى.

١٤ - العلاج بالعقاقير الطبية : هو ما نلجأ اليه فى محاربة الاعراض الأخرى التى تظهر مع مرض التدرن. على أن تظافر الهواء النقى والعامل المحرك(١) والغذاء الجيد ولا سيما الكبد والطحال نيئا ودم الغنم حالا بعد ذبحه، لأفضل وأصلح أنواع العلاج. أما العقاقير، فمنها ما نصفه لتخفيض الحمى وازالة الصداع والأرق وتحريك الشهية للطعام وتخفيف السعال. ويمكن اجتناب العرق فى الليل أثناء النوم بتخفيف الملابس والغطاء.

أن الحقن بالمستحضرات الكلسيه فى الأوردة يزيل الافراز والاحتقان فى الرئة ويخفف السعال. والعقاقير التى نعالج بها اضطرابات المعدة والقلب تختلف باختلاف الحالات. وفى وقت الطمث يكون جسم المرأة سريع التأثير، شديد الاحساس. لذلك نستعمل المسكنات للتنفس عند النزيف الرئوى. وتفضل مستحضرات الكلس والكلودين والكواجولين على الجيلاتين. والثلج يساعد كثيرا على وقف النزيف اذا وضع فوق المحل المصاب.

ينبغى أن لا نكثر من حقن الافيون، فلربما انتشر المرض فى الرئة عن طريق الامتصاص وكانت النتيجة سيئة.

الخلاصة : فى معالجتنا للتدرن الرئوى، يجب أن نضع أمرين نصب أعيننا :

الاول - أن لا « نهيج » ولا « نثير » بؤرة درنية حية كامنة فى الجسم.

الثانى - أن ننشط المقاومة العمومية، ليتمكن الجسم من التغلب على مكروب التدرن وسمومه.

---

(١) Exciting Agent

الفصل الرابع والثلاثون

علاج السل الرئوى بحقن الهواء فى تجويف البلورا

أو استرواح الصدر الاصطناعى (١)

حقن الهواء فى تجويف البلورا أو نفخ الصدر أو استرواح الصدر الاصطناعى هو ابتكار العلامة الايطالى كارلو فورلانينى(٢) صاحب الفضل الكبير فى مكافحة التدرن ولا سيما التدرن الرئوى. فهو أول من أثبت عمليا فائدة الضغط على الرئة بادخال الهواء فى تجويف البلورا. وأيده بايل الفرنسى(٣)، مطنبا فى مدحه، وحذا حذوه سبانجلر السويسرى(٤) وبراور الألمانى(٥) وغيرهم حتى عمت هذه الطريقة كل بلد وأصبحت أشهر علاج للتدرن الرئوى.

للرئة، كما ذكرت فيما تقدم، غلاف يغطيها يسمى البلورا له طبقتان: احشائية تلتصق بالرئة وجدارية تلتصق بداخل الصدر. وهاتان الطبقتان تنزلقان بدون احتكاك أثناء الشهيق والزفير. فبادخال أنبوب دقيق كالابرة فى خلال الأضلاع الى التجويف بين هاتين الطبقتين، ودفع الهواء فيه بآلة مخصوصة لنفخه بحسب الحاجة، نضغط على الرئة ونلصقها بالمنصف الصدرى. وبذلك نعوق حركة التنفس فيها أو نمنعه اذا شئنا. فنخرج الهواء والصديد ونسد ما أحدثه فيها مكروب السل من حفر وقروح.

بعد البدء بهذا العلاج والضغط على الرئة ترينا أشعة اكس أحيانا فصا

---

(١) Artificial Pneumothorax (٢) Carlo Forlanini— Italy

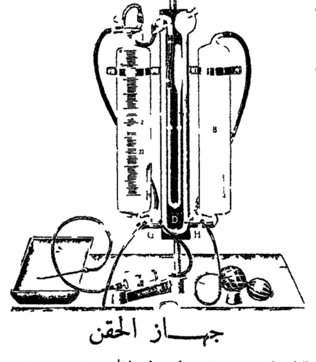
(٣) Bayle—France (٤) Spengler-Swtizerland (٥) Brauer—Germany



فورلانيني

رئويا كاملا هابطا على ذاته دون سائر أجزاء الرئة ، فنجزم بوجود المرض فى هذا الفص بكامله . ونسمى هذه الحالة «بالهبوط الاختيارى » . (١)

أما الآلة التى ندفع منها الهواء الى البلورا فلها مقياس نعرف بواسطته كمية الهواء التى خرجت منها الى التجويف وعامود مائى يفيدنا عن الضغط الذى يحدثه الهواء على الرئة. ولها أشكال عديدة معروفة بأسماء مخترعيها منها فورلانينى الايطالى (كما فى الرسم) وكوس الافرنسى وفون مورالت ساوجمان وبراور ولتسكه الألمان ولوره وغيرهم .


جهـــاز الحقن

ندخل الابرة(٢) حتى نشعر بوصولها الى الطبقة البلورية الاحشائية فيحرك نسيجها الكثيف دون تجاوز هذا الحد وجرح الرئه . ويحسن استعمال البنج الموضعى قبل ادخال الابرة . ندير مفتاح الآلة لنصل العامود المائى بالابرة المتصلة بهواء البلورا . عندئذ نلاحظ سطح الماء يرتفع وينخفض مع تنفس المريض سهيقا وزفيرا . فلمّ بقوة الضغط العادية . ثم ندير المفتاح ثانية لنصل الزجاجة المملوءة هواء بالابرة الداخلة فى تجويف البلورا، فيرتفع الماء

(١) Selective Pneumothorax

(٢) فى جسم المريض فى المسحة الصمية الناسعة الجمية فى الهامات قمة الرئة وتحويفها. وفى المسحة الصلعية الثالثة فى الفرجة الابطية فى التهابات أسفل الرئة وقاعدتها .

ويدفع الهواء منها الى تجويف البلورا . حينئذ نوقف العمل ونقيس بالعامود المائى مقدار الضغط فى تجويف البلورا ونعيد الدفع،فالمقياس بكل دقة وعناية . وهكذا دواليك حتى يتم الضغط المطلوب .

اذا وجدنا العامود المائى ساكنا لا يرتفع ولا ينخفض مع تنفس المريض أدركنا أن الابرة هى خارج تجويف البلورا،فى النسيج الرئوى أو فى التصاقات لحمية بجوار الرئة أو مسدودة . فيتعين علينا اذ ذاك اصلاح موقعها أو فتح مجراها . زد على ذلك أن دخول الهواء فى أنسجة الرئة خطر على الحياة . فاذا دخل فى وريد أو شريان فربما سبب انسدادا هوائيا أو تشنجا أو شللا أو عمى أو غيبوبة أو موتا لذلك يجب أن لا يباشر علاجا خطرا كهذا الا المتمرنون والاخصائيون.

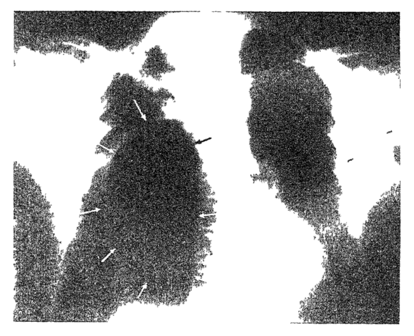
ولا يزالون فى فرنسا يستعملون الأوكسيجين فى الجلستين الأولين . وفى ذلك حكمة على الأقل فى المرة الأولى لأنه يقلل من خطر الانسداد الهوائى فى الأوردة أو الشرايين .

بعد فحص المريض باشعة اكس والتأكد من نجاح العملية، نعيد الكرة فى اليوم الثالث ونضاعف الهواء الى ثلاثمئة أو أربعمئة سانتيمتر مكعب . ثم نفعل مثل ذلك بعد ثلاثة أيام ثم بعد أربعة وهلم جرا ، حتى نتأكد باستعمال أشعة اكس،أن امتصاص الهواء أصبح بطيئا وأنه يمكننا الانتظار اثنى عشر أو خمسة عشر يوما . وكلما تمكنا من اهبـاط الرئة استطعنا أثناء الجلسة الواحدة أن ندخل فى تجويف البلورا كمية أوفر من الهواء . وفى بعض الحالات يسهل علينا ادخال ما يوازى ١٥٠٠ سانتيمتر مكعب من الهواء دفعة واحدة . وانما يجب الحذر من ادخال كمية من الهواء تجعل الضغط ضمن الصدر ايجابيا شديدا يعوق حركة التنفس فى المريض .

قلت فيما تقدم أنه يحدث فى بادىء الأمر امتصاص مقدار من الهواء الذى



حقن الهواء فى تجويف البلورا
وانقلاب الاصابة على أثر العلاج الى جاورسية
« انظر الى السهمات »



حقن الهواء فى تجويف البلورا
وعلى اثر العلاج حدث فتق وانقلاب فى المنصف الصدرى



تدخله . لذلك نكرر نفخ الصدر بدون انتظار مدة طويلة الى أن تصبح البلورا كثيفة قادرة على ضبط كمية الهواء طويلا . ودليلنا فى معرفة الضغط هو العامود المائى أو أشعة اكس .

بعد نفخ الصدر يختفى حس التنفس فى تلك الجهة. ويصبح صدى النقر بالأصابع طبليًّا عاليا . ثم يقل البصاق والعرق ليلا أو يزولأن وتهبط الحرارة تدريجيا .

وحذار من حقن الهواء فى العضلات أو تحت الجلد فأن هذا يؤدى الى انتفاخ فى النسيج الجلدى الخلوى وتشويه الوجـه وغور العينين والفم ضمن الانتفاخ المحيط بها . فاذا حدث ذلك عالجناه بتشريط الجلد ليخرج منه الهواء تدريجيـا .

على أن هنالك ـ عدا عن ضيق تنفس المريض من اكثار حقن الهواء ـ خطراً آخر أبعد مدى وهو الارتشاح فى البلورا لدقة احساسها ، مما يضطرنا الى الاقلال من ادخال الهواء . فاذا تحول هذا السائل الى مادة صديدية وبقيت ضمن الصدر مدة طويلة ، نشأت مضاعفات علاجية خطرة الا اذا حدث امتصاص وجفاف وتثبيت الرئة والتقليل من حركتها أثناء التنفس . وهذا ما نرمى اليه فى عمليـة نفخ البلورا . وعلى كل حال يجب أن لا نضطرب كثيرا لظهور ارتشاح فى تجويف البلورا لأن هذا الحادث كثير الوقوع .

يصعب علينا تحديد الاستمرار فى نفخ الصدر . فقد لا تتجاوز سنتين فى الاصابة الموضعية الخفيفة . وأربع سنوات فى الموضعية الشديدة . وفى الحالتين يجب أن نتأكد مدة سنة قبل انهاء العلاج أن لا وجود للباشلس فى البصاق .

لا يزال هذا انجع عـلاج للسل الرئوي المخصب أي الحويصلى المعقد لا الارتشاحى المتقرح . فقد دلت الاحصاءآت على امكان شفاء ٤٠ فى المئة من السل الرئوي المخصب الحويصلى و ٢٠ فى المئة من المخصب الارتشاحى

و ١٥ فى المئة من الارتشاحى المتقرح . وهنا لا بد لنا من ذكر هذه الملاحظة المهمة وهى أنه فى الاصابات التى يظهر فيهـا تحفير وتحويف فى رئة واحدة ، يجب الشروع حالا فى نفخ الصدر ، الا اذا شملت الاصابة الرئتين معا . وبين هذين الطريقتين أراء وأحكام مختلفة .

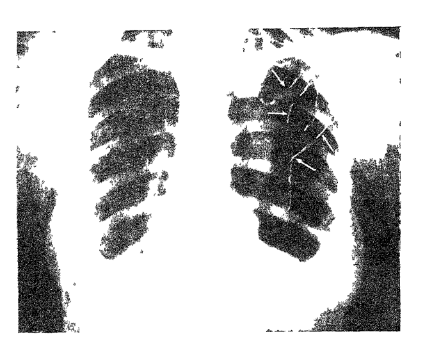
عند ما يوجد التصـاقات بلوروية تشد الرئة الى جدار الصدر الداخلى وتثبتها فتمنعها من الهبوط عند النفخ ، نبادر الى قطعهـا باجراء عملية يسميها الألمان « كاوستيك » وسأتكلم عنها فيما بعد .

اذا سبب الارتشاح ظهور التصاقات بلوروية عند قاعدة الرئة ، يتعذر علينا قطعها لتحرير الرئة ، نحقن التجويف حينئذ بالزيت المعقم لوقف نموها وانتشارها والتقليل من تثبيت الرئة .

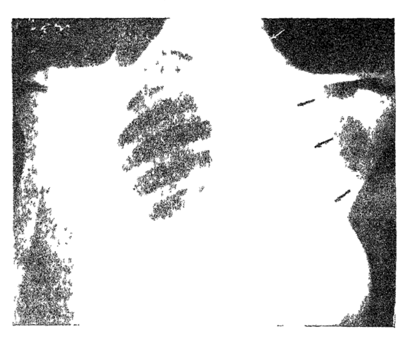
لا يمنعنـا من نفخ الصدر وجود السل فى الحنجرة أو فى كلية واحدة أو ضغط الدم ـ اذا لم يكن هذا الضغط بداية اعتلال كاوى شديد ـ ولكن يمنعنا من ذلك سل الأمعاء أو البريتون أو الجلد أو الكليتين معا أو السلسلة الفقرية والسكرى الشديد ومرض القلب مع عدم التوازن فيه وانتفاخ الرئة والربو ، لأن هذه العلل تشتد بعد ادخال الهواء فى تحويف البلورا واهبـاط الرئة وعصرها واخراج محتوياتها .

اذا وجدنا فى أسفل الرئة عند قاعدتهـا التصاقات واسعة النطاق تعوق هبوطها نعمد الى عملية قطع عصب الحجاب الحاجز وننفخ الصدر فنحصل غالبا على نتائج مشكورة .

فى حاله اصابة جديده فى الرئتين معا وظهور تحفير وتجويف فيهما ، نعمد حالا الى نفخ كلا الجنبين ونتساءل أيهما الأفضل ؟ أنفخهما فى آن واحد أم جنبا



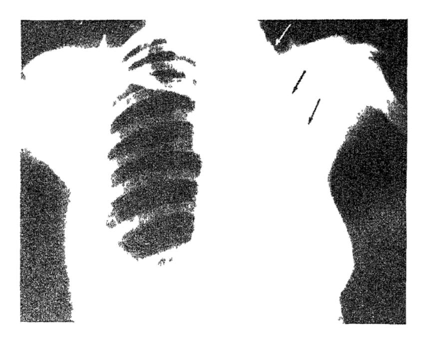
حقن الهواء عبثا فى تجويف البلورا الايسر
ولكثرة الالتصاقات لم تهبط الرئة



عولجت هذه الحادثة باستئصال الاضلاع
كما يرى القارىء فى الجهة اليسرى



سل رئوى مع حفرة والتصاقات
فى أعلا الرئة اليسرى



تعذر علاجها بحقن الهواء فعولجت
باستئصال الاضلاع

بعد آخر ؟ — يرجح أن نفخ الجنبين فى آن واحد، أحسن نتيجة .

ورب سائل يقول . « كيف يستطيع المريض أن يتنفس بغير رئة ؟ » وجوابا على ذلك نقول : « لا يمكننا على كل حال افراغ الرئة من الهواء افراغا تاما. فاذا افرغنا الرئتين نسبيا باهباطهما، الزمنا العليل الفراش ومنعناه من المشى الا ببطء . ولا نفرغهما اذا كان انتشار المرض فيهما واسعا مصحوبا بارتفاع فى الحرارة أو متجها الى تسميم الدم .



الفصل الخامس الثلاثون

علاج السل الرئوى الجراحى

١ ـ عملية قطع الالتصاقات .

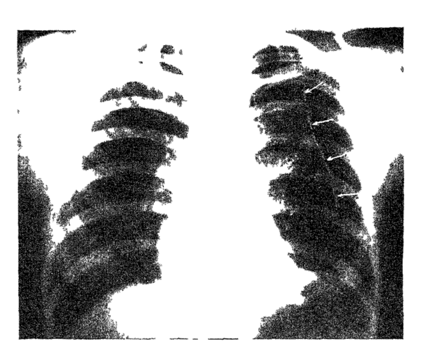
جاء فى فصل سابق أن حقن البلورا يسبب فى الرئة هبوطا كاملا أو جزئيا طبق المراد . ويحول دون تمامه المقصود أحيانا التصاقات بلوروية متفاوتة الحجم والعدد ، تربطها بالرئة وتشدها الى جدار الصدر . فاذا كانت ضعيفة فصلها شيئا فشيئا ضغط الهواء الدافع المحقون . واذا كانت غليظة لا ينفع معها دفع الهواء ، عمدنا الى عملية جراحية دقيقة سميت باسم مستنبطها الأسوجى « جاكوبيوس » (١) . ويسميها الألمان « كاوستيك » وهى عملية قطع الالتصاقات البلوروية . أما اذا اتسعت هذه الالتصاقات اتساعا لا تجدى معه العملية نفعا ، كان لا بد عندئذ من قطع عصب الحجاب الحاجز . وفى الحالات القصوى نستأصل الأضلاع ونرقع الصدر .

نرى بأشعة اكس الالتصاقات التى تحول دون هبوط الرئة ، فتبدو كالحبال المشدودة متفاوتة الحجم دقيقة أو غليظة ، طويلة أو قصيرة . تمتد الى داخلها أحيانا أنسجة رئوية محفوظة لا بد من الانتباه اليها لاجتناب قطعها فى العمليه .

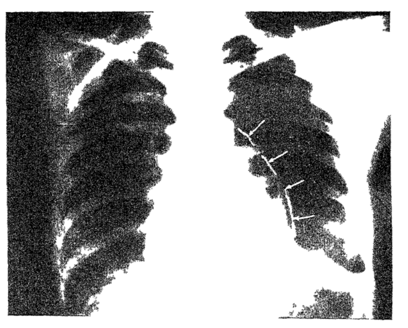
بعد أن نفتح ممرا بواسطة آلة حادة نغرزها بين ضلعين فى الصدر أو فى الجنب على بعد سنتيمترين من موضع الالتصاقات التى نود قطعها ، ندخل مجلاة دقيقة مستطيلة تشبه مجلاة أو منظار المثانة ، فى رأسها مصباح كهربائى صغير . فنرى بعدسة المجلاة وعلى نور مصباحها الموضع المطلوب . ثم نفتح ممرا آخر

---

(١) Jacobeus—Oslo



التصاقات تمنع الرئة من الهبوط على نفسها
بالرغم من حقن الهواء فى تجويف البلورا



قطع الالتصاقات وهبوط الرئة على نفسها
عند ادخال الهواء فى تجويف البلورا

بالقرب من الأول وندخل سلكا من البلاتين مستطيلا يتصل ببطارية كهربائية عادية .

يختلف الألمان عن الأسوجيين الذين ابتكروا هذه العملية، بوضع النور الكهربائي الصغير فى جنب المجلاة لا فى رأسها تماما وهكذا ينيرون فى الصدر جانبا أرحب . ويختلفون عن السويسريين فى اجراء العملية . فأن هؤلاء يحضرون الالتصاقات بالرضف أى الحرارة القصوى أو الدياترمى، قبل

الاسلحة

قطعها منعا للنزيف. ثم يرسلون المجرى الكهربائى الى سلك البلاتين فتشتد الحرارة فيه ويقطعون الالتصاقات به ولو كانت بحجم قبضة اليد، اذا أعادوا الكرة، كما قال لى الدكتور ماورير(١) . أما الألمان - كما يشدد الأستاذ أنفرشت فى تعليمه(٢) - فيخافون التذيؤ أى الغنغرينا أو الآكلة فى الالتصاقات الغليظة اذا حاولنا قطعها مرارا . وقد جربت بنفسى الطريقة الألمانية فى برلين ورغما من اقدامى على استعمال الميسم الجلوانى(٣)، لم يحصل أى نزيف بعد قطع الالتصاقات الرقيقة والمتوسطة .لكن الدكتور ماتسون فى الولايات المتحدة يستعمل بدلا

---

(١) G. Maurer - Davos (٢) W. Unverricht-Berlin (٣) Galvanic Cautery

من سلك البلاتين، مشرطا صغيرا كهربائيا سريعا بعد تجميد الأنسجة بالترضيف(١) وهكذا فان قطع الالتصاقات يطلق الرئة من قيودها ، فيمكننا من نفخ البلورا بسهولة. أما اذا لم نتمكن من قطعها لكثرتها أو كبر حجمها، عمدنا الى قطع عصب الحجاب الحاجز واستئصال جزء منه أو حشو الرئة أو رقع الصدر .

٢ ـ قطع عصب الحجاب الحاجز :

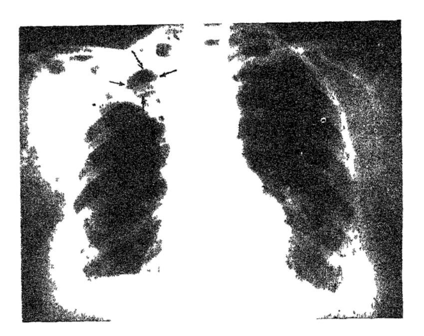
أول من أقدم على قطع عصب الحجاب الحاجز هو الأستاذ ستوارتز فى فينا(٢) سنة ١٩١٠ .

هذا العصب الموجود الى جانبي العنق والذى نسميه عصب « بل » (٣) أو عصب التنفس الداخلى، يسير سيرا عميقا فى العنق منحدرا الى أسفل وعرضا فوق العضل الأخمعى الأمامى. ثم يدخل فى جوف الصدر مارا أمام الرئة وينتهى بفرعين فى الحجاب الحاجز . وجاء الأستاذ دوشين البولونى مبرهنا لنا على أن كلا من جهتى الحجاب الحاجز تتحرك مستقلة عن الاخرى . وبذلك أوحى فكرة القطع الى الاستاذ ستوارتز بعد أن برهن على أن قطع عصب الحجاب فى الجهتين من العنق وايجاد الشلل فى الحجاب كله لا يؤدى الى الموت . ثم استعملت هذه الطريقة لشل حركة التنفس فى رئة واحدة فى بعض حالات السل الرئوى . وفى السنة التالية حذا حذوه الاستاذ شتوتز . وما انقضت سنة ١٩١٣ حتى كان الاستاذ زوربروخ الالمانى(٤) قد نشر أراءه بعد خمس عمليات قطع فيها هذا العصب، مشيرا الى الفوائد الجمة التى نشأت عن القطع .

نقطع عصب الحجاب فى الحوادث التى نجد فيها تجويفا فى أعلى أو فى أسفل الرئة . وعلى الاخص اذا كانت قاعدة الرئة ملتصقة بالحجاب الحاجز . وهذا القطع لا يكون له أقل تأثير اذا كان التجويف والتحفير فى سرة الرئة ـ أى

---

(١) Diathermy (٢) Stuartz-Vienna (٣) Bell
(٤) F. Sauerbruch-Berlin



حفرة فى اعلا الرئة اليمنى
(تحت الترقوة)



عولجت الحفرة بقطع واستئصال عصب الحجاب الحاجز
لاحظ كيف ان ارتفاع الحجاب فى الجهة اليمنى قد سبب
اختفاء الحفرة

بالقرب من دخول شعبة القصبة الهوائية اليها ـ لان ارتفاع الرئة بعد شل الحجاب الحاجز لا يضغط على هذا الجزء الرئوى .أما فى الحوادث المزدوجة التى تشتد الاعراض فى جهة منها أكثر من الجهة الاخرى وفى النزيف الرئوى وفى حوادث الدبيلة الدرنية(١) وعلى الاخص اذا كانت مصحوبة بناسور فى جدار الصدر ، فالقطع يأتى بنتائج حسنة .

وقد ظل الجراحون الى سنة ١٩٢٢ يقطعون العصب ، فيعود الى النمو والالتحام . ويعود الحجاب الى عمله السابق ، حتى استنبط الطبيبان الالمانيـان ـ فيليكس وجوتز ـ طريقة قطع عشرة سنتيمترات منه عند العنق ، فحال ذلك دون الالتئام .

بعد هذه العملية نجد الحجاب ثابتا عند الزفير لا يتحرك . مما يدل على أن نصفه الذى كان متصلا بالعصب المقطوع أصبح أعلى من النصف الآخر . ويتم ارتفاعه الى أقصى علو بين الشهر الثالث والسادس بعد العملية. وهكذا يضغط بارتفاعه على أنسجة الرئة ضغطا نسبيا .

أن نفخ البلورا عند خلوها من الالتصاقات ، يمكننا من اهباط الرئة هبوطا تاما . واستئصال الاضلاع أو رقع الصدر يهبطها نصف هبوط . أما قطع عصب الحجاب فيأتى باربعة أو خمسة أو ستة أعشار هذه النتيجة الاخيرة . لذلك نعتبر عملية قطع العصب أقل فائدة من العلاجين السابقين وغير مؤدية الى الشفاء . ولكنها تساعد على تكوين الانسجة الليفية وتحضير المريض لعملية برقيع الصدر . وعلى الاخص اذا عمدنا اليها فى حوادث النفخ التى لكثرة الالتصاقات لا تهبط الرئة فيها وفقا لرغبتنا .

من الخطل استئصال العصب من الجهتين وشل حركة الرئتين . اذ أننـا

(١) تجمع مادة صديدية درنية ضمن تجويف البلورا .

بهذا العمل نحكم ببقاء المريض طول حياته عالة على غيره .

٣ ـ حشو الرئة :

تلجأ الى هذا العلاج عند حصول التجوف فى سطح الرئة . فبعد تعيين مركز التجوف بالاشعة، نستأصل ضلعا أو ضلعين فوقه ونخترق اليه أغشية البلورا بعد رضفها ونملاء الحفرة بسائل من البرافين نمزجه باليودوفورم أو بعقاقير أخرى تمنع التعفن فيتصلب هذا السائل ضمن الحفرة ويضغط على أنسجتها المجاورة.

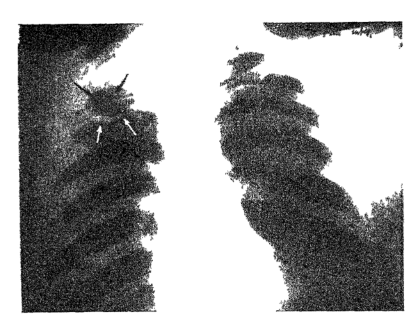
أن هذه العملية كما دلتنى التجارب والمشاهدات قلما تأتى بالنتيجة المطلوبة ، بل يبقى باشلس كوخ فى البصاق . ولكنها تكون مفيدة فى اصابات تمدد الشعب فى أسفل الرئة حين لا يظهر باشلس كوخ (فى البصاق) .

٤ ـ استئصال الاضلاع أو : ترقيع الصدر .

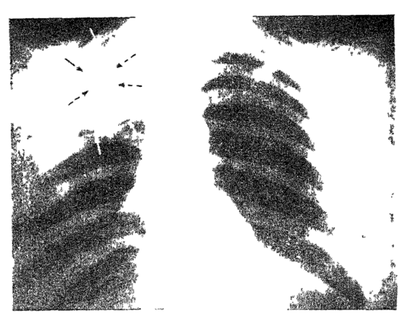
هذا آخر سهم فى الكنانة نعالج به السل الرئوى الليفى المزمن . ونلجأ اليه بعد فشل علاجى النفخ وقطع العصب ، لا قبله .

سميت هذه العملية كما سماها مبتكرها « استلاندر» (١) بعملية «البلاستيك». وقد أيدها الاستاذ سارانفيل سنة ١٨٨٥ فلم تحز كتابته عنها قبولا . وتلاه الاستاذ كوينكى، سنة ١٨٨٨ . فالاستاذ كارل سبانجلار، سنة ١٨٩٠ . فالاستاذ براور . فالاستاذ فريدريخ. فالاستاذ موشهايم ، سنة ١٩٠٣ . فالاستاذ ولمز، سنة ١٩١١ ، متبعا طرقا دقيقة سليمة . الى أن ظهر الآن «زوربروخ» الالمانى ، بطل جراحة الصدر . بدأ عمله فى زوريخ فى سويسرا ثم انتقل الى مونيخ فى المانيا ثم الى برلين ، مستصحبا الدكتور هنرى شاول العربى اللبنانى(٢) الذى يعاون زوربروخ فى جراحة الصدر بمقدرته المعروفة فى التشخيص بالاشعة .

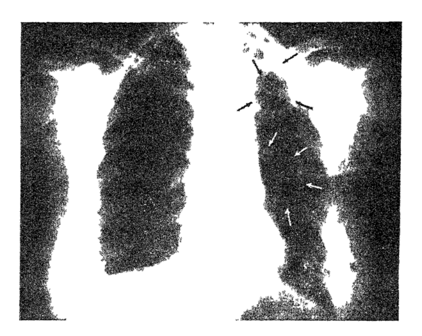
(١) Estlander (٢) H.Chaoul-Berlin طبيب الاشعة فى القاهرة سابقا والذى صار فيما بعد استاذا المانيا . ولا يزال للان مديرا لمعهد رونتجن الشاريته ، فى برلين ، بجانب الاستاذ زوربروخ .



حفرة فى اعلا الرئة اليمنى



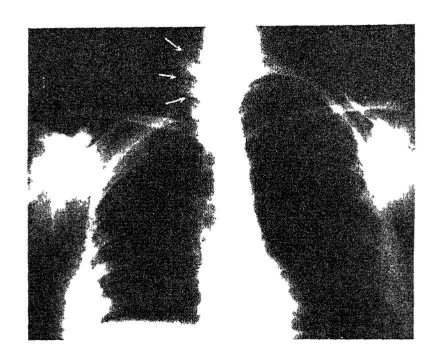
اختفاء الحفرة بعد حشوها



حفرتان فى الرئة اليسرى
ولكثرة الالتصاقات لم نتمكن من حقن الهواء وتهبيط الرئة



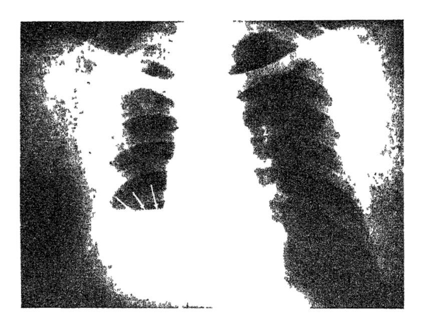
الاصابة بعد علاجها باستئصال الاضلاع
وشفاء المريض



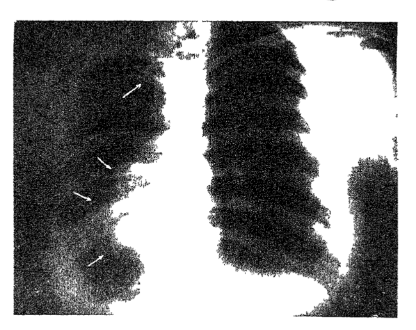
استئصال الضلع الاول الايمن
(Graffsche Plastik)



استئصال الاضلاع العليا من ١ — ٨



ارتشاح صديدى فى تجويف البلورا الأيمن

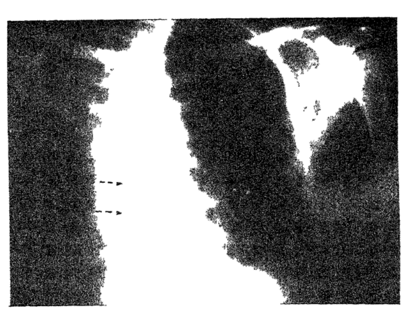


اصابة عمومية فى الرئة اليمنى
اشتد فيها التقلص فنقلت القلب وظهرت كأنها اصابة يسرى



عواج الارتشاح الصديدى الأيمن باستئصال
الاضلاع خارج البلورا

انما لم يمكن تهبيط الرئة تماماً كما يتبين للقارىء من الفراغ المشار اليه

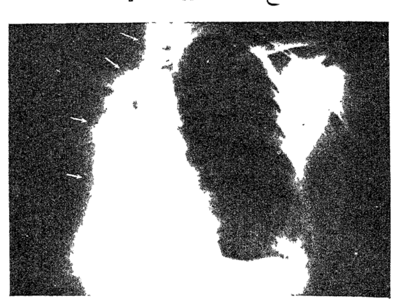


بعد اجراء عملية جراحية ثانية داخل البلورا

هبطت الرئة تماماً فاختفى الفراغ كما يرى القارىء



عولجت الاصابة العمومية اليمنى (التى تظهر كأنها يسرى)
بقطع عصب الحجاب الحاجز (استعدادا لأستئصال الأضلاع)
فارتفع الحجاب كما يراه القاريء .



بعد ستة شهور قطعت واستئصلت الاضلاع
فى الجهة المصابة من أسفل الى أعلى وتم شفاء المريض.

أما الطريقة التى نتبعها الآن على الغالب فهى طريقة زوربروخ، مع التعديل الذى أدخله عليها جراحو الممالك المختلفة كالأستاذ بيرار(١)، بطل جراحة الصدر فى فرنسا. واليك وصف العملية كما رأيت زوربروخ يجريها.

يحقن المريض بالبنج الموضعى دفعة واحدة فوق الأضلاع وتحتها. ويشرط جلد الظهر منحرفا. ثم يقطع من الأضلاع ما يراد قطعه مرة واحدة أو مرتين ابتداء من أسفل. وتزال الأضلاع الأمامية وأحيانا مع الخلفية. أما الضلع الأول أى الأعلى، فيستأصل بعملية مخصوصة تسمى استئصال كرافشه(٢).

دعيت مرة لمساعدة الدكتور مورير(٣)، فوجدته فى استئصال الأضلاع يتبع طريقة مختلفة عن طريقة الأستاذ زوربروخ. فبدلا من شرط الجلد طولا ومنحنيا ـ كما يفعل زوربروخ الذى يتبع طريقة بوافان كما شرحها كورده ـ شرط أفقيا على حدود عظم الكتف، بعد حقن البنج موضعيا. فمن هذه الفتحة تحت عظم الكتف، حقن البنج فى الأنسجة العميقة وتمكن من الوصول الى أعلى كما وصل الى أسفل. وسهل عليه كذلك استئصال الضلع الأول. ولاحظت أنه لا يقطع الأضلاع بل يحتّها من أصولها فيقلعها قلعا من فقرات السلسلة. وهذا ما يساعدنا حقيقة على اهباط الرئة اهباطا كاملا(٤).

وقبل ختام هذا الفصل الأخير، اود أن أذكر الجراح البارع كوير الهولاندى(٥) الذى يرى القارىء رسمه ضمن الفصل الثالث والثلاثين والذى كان أول من اشتغل بجراحة الصدر فى بلاده وكتب عنها باللغة الهولاندية.

لقد رأيت أثناء زيارتى له فى الهاى، من العمليات الجراحية المدهشة والتآليف الطبية الفذة القيمة والترتيب المتقن فى القسم الجراحى من مستشفى القديس يوحنا حيث هو الرئيس، ما يضطرنى أن أضع إسمه بين أساطين هذا الفن.

---

(١) L. Berard—Lyon (٢) Graffsche Plastik

(٣) A. Maurer—Paris : رئيس قسم جراحة الرئة بمستشفى لاينك فى باريس.

(٤) لزيادة الايضاح يجب الرجوع الى التآليف الفنية فى هذا الباب للاستاذ زوربروخ فى الطريقة الالمانية وللاستاذ بيرار فى الطريقة الافرنسية.

(٥) J. Kuijjer-the Hague

كلمة المؤلف

تم وضع هذا التأليف فى الشهر الثـانى من سنة ١٩٣٨ ميلادية ، بعد أن عانيت مشاق الأسفار مدة أربع سنوات متواصلة ، قمت فى أثنائها بدروس ومطالعات وزيارات خصوصية للمعاهد الطبية فى مختلف أنحاء القارة الأوربية.

وغرضي من هذا العمل خدمة الشرق العربى الذي انتسب اليه ، راجياً أن يحوذ كتابى هذا قبولا عند أبناء لغتى ويكون حافزاً لأطباء آخرين ، من بلاد الهند الى بلاد المغرب ، على الخوض فى هذا الموضوع ومعالجته بما يقتضى المقام من البحث والتحقيق والله ولى الأمر والتوفيق ؟

فيليب الشرباك

الفهرست

صفحة

رسوم أشعه :

١ ـ التصاقات تمنع هبوط الرئة بحقن الهواء فى تجويف البلورا . ـ هبوط الرئة الكامل بعد قطع الالتصاقات .

٢ ـ حفرة فى أعلا الرئة اليمنى تحت الترقوة . ـ اختفاؤها بعد قطع العصب وارتفاع الحجاب الحاجز .

٣ ـ حفرة فى أعلا الرئة تحت الترقوة . ـ كيف تظهر بعد حشوها .

٤ ـ حفرتان فى الرئة اليسرى . ـ عولجت باستئصال الاضلاع اليسرى .

٥ ـ استئصال الاضلاع من ١ ـ ٨ . ـ استئصال الضلع الاول (عملية جرافشه).

٦ ـ حادثة ارتشاح صديدي أيمن . ـ واصابة عمومية يمني (تظهر لكثرة التقلص والشد الذى نقل القلب ، كأنها اصابة يسرى) .

٧ ـ علاج الارتشاح الصديدى بعملية أولى ، خارج البلورا ، لاستئصال الاضلاع . انما لم تهبط الرئة هبوطا كاملا .
أجريت عملية ثانية داخل البلورا فهبطت الرئة هبوطا كاملا .

٨ ـ علاج الأصابة العمومية بقطع واستئصال جزء من عصب الحجاب الحاجز . ـ ثم بعد ستة شهور استئصلت الاضلاع .

فهرست رسوم الاساطين كما جاء بالحروف الهجائية الافرنجية

CHAPTER XXXIV

268 **Artifial Pneumothorax.** First used by Forlanini, whose famous Institute stands now in Rome ... Various kinds of apparatus... Technique... Indications... Dangers... Results.. Portrait : Forlanini.

Films : Infection turning Miliary after Pneumo induction... Mediastinal Hernia after induction of Pneumothorax... Cavity in left lung, not collapsible by Pneumo... Treated by resection of ribs... Too many adhesions... Treated by Thoracoplasty.

CHAPTER XXXV

300 **Surgical Treatment of Lung Tuberculosis.**

1) Resection of Adhesions : Jacobeus in Oslo .. Difference between German, American and Swiss methods.

2) Extraction of the Phrenic nerve (Exarèse) .. Stuartz of Vienna .. Method of operation... Double Exarése not advisable...

3) Plombage. Not very efficacious as a cure for Tubercular cavities...

Efficacious for non-tubercular Brochiectasis of the base of the lung.

4) Thoracoplasty : Estlander, the father of this surgical method... It is the last resort... Extra-pleural, Intra-pleural... We generally operate from below upwards .. German methods... French Methods.

Films : Incomplete collapse caused by pleural adhesions. — Complete collapse after resection of adhesions.
Cavity in right lung... Disappearance after Exarèse.
Cavity of right lung... How it appears after Plombage.
Two cavities in left lung... Treated by Thoracoplasty.
Thoracoplasty from 8th to Ist rib.
Graffsche Plastik (Extraction of Ist rib).
Right Empyema... General lung infection.
Empyema treated by Extra-pleural Thoracoplasty, leaving a « Rest-Höle ».
Operated again Intra-pleural ; disappearance of the « Rest-Höle » and perfect collapse.
The general lung infection was treated by Exarèse, in preparation to Thoracoplasty... Six months later, Thoracoplasty performed and perfect collapse attained.

P. S. Chapter Ist - Page 21 : Moch's Granules should be written Much's.

Synopsis of the important topics treated in this first Arabic Work on Tuberculosis.

Alphabetical Index of Portraits

TUBERCULOSIS

IS :

1. **Acquired,** through the visible Microbe (1), which spreads itself mostly by sputum, from the diseased to the healthy.

2. **Inherited,** through the invisible Virus-Filtrant (2), which reaches the Fœtus from the diseased mother, by way of the Placental circulation.

The Acquired Form is more widely spread and more virulent than the Inherited.

---

(1) Type Koch.

(2) Type Fontès.